

Riina Lahdensuo & Jaana Porkholm

## **Läheisten kokemuksia syömishäiriökriisin keskellä**

Opinnäytetyö

Kevät 2015

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sosionomi (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sosionomi (AMK)

Suuntautumisvaihtoehto:

Tekijä: Riina Lahdensuo, Jaana Porkholm

Työn nimi: Läheisten kokemuksia syömishäiriökriisin keskellä

Ohjaaja: Arja Hemminki

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 60

Liitteiden lukumäärä: 3

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kokemuksia syömishäiriötä sairastavien henkilöiden läheisiltä siitä, miten syömishäiriö on vaikuttanut heidän elämäänsä. Tutkimus pyrki selvittämään millaisia muutoksia syömishäiriökriisi toi läheisten elämään, oliko saatavilla tarpeeksi tukea, neuvontaa ja ohjausta sekä mitkä tekijät vaikuttivat jaksamiseen.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin yksilöhaastatteluiden pohjalta. Haastateltaviksi valikoitiin henkilöitä, jotka olivat kokeneet syömishäiriökriisin lähipiirissään. Haastateltavia tässä tutkimuksessa oli viisi sekä yksi haastateltava, jota haastattelimme kirjallisesti. Haastattelutilanteet etenivät keskustelun tavoin, jolloin haastattelukysymykset toimivat suuntaa-antavana runkona. Tutkimuksen analysointimenetelmänä käytettiin teemoittelua.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että läheiset kaipaavat syömishäiriökriisin keskellä enemmän tukea. Syömishäiriö tuo läheisten elämään muutoksia, joihin heidän täytyy sopeutua. Näkyviä muutoksia ovat esimerkiksi muutokset arjessa sekä vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin läheisverkon sisällä sekä ulkopuolella. Lisäksi huoli sairastuneesta on suuri, mikä vaikuttaa syömishäiriötä sairastavan läheisen elämään. Läheisillä on valtava halu auttaa syömishäiriötä sairastavaa läheistään, mutta tarvittavia toimintamalleja sekä tarpeellista tietoa ei ole tarpeeksi tarjolla. Sairastunut henkilö eristyy sosiaalisista verkostoistaan ja häneen on siksi vaikea saada kontaktia. Haastateltavat kertoivat sosiaalisten suhteidensa muuttuneen syömishäiriökriisin aikana, mutta sen jälkeen välit ovat tiivistyneet ja palautuneet normaaleiksi. Perheen merkitys korostui kriisin aikana, koska siitä läheiset saivat tukea. Lisäksi muu vapaa-ajan vietto sekä työ koettiin tärkeiksi kantaviksi voimiksi syömishäiriökriisin keskellä. Hoitoprosessissa läheiset kertoivat, että heitä ei otettu tarpeeksi huomioon syömishäiriökriisissä. Hoitotaholta saatu neuvonta, ohjaus ja tuki oli jossain määrin riittämätöntä, mutta hoidossa käytetyt perhepalaverit koettiin hyödyllisiksi. Puutteellisen tiedon saannin takia suurin osa haastateltavista haki tietoa itse Internetistä.

Avainsanat: syömishäiriö, kriisi, läheinen, perhe, tuki, kokemus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## **Thesis abstract**

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Social Work

Specialisation: Bachelor of Social Work

Author/s: Riina Lahdensuo and Jaana Porkholm

Title of thesis: Experiences of a Nearby Person in an Eating Disorder Crisis

Supervisor(s): Arja Hemminki

Year: 2015

Number of pages: 60

Number of appendices: 3

---

The goal of this thesis was to describe experiences about the effects of eating disorders on people's lives from people whose nearby persons have had an eating disorder. This thesis aims to clarify how eating disorder crisis affects their lives, whether they received enough support, advice and guidance and what factors had an influence on their wellbeing.

This thesis was carried out using the qualitative research method. Individual interviews were used as research material where the interviewees had experienced eating disorder as a crisis. Interviewees in this research were five people and one who we interviewed via e-mail. The interviews were carried out as normal conversations where interview questions were a directional frame. The research results were analysed by theming.

The results of the research reveal that nearby persons need more support in eating disorder crisis. Eating disorder will bring changes in their lives that they have to adapt to. Visible changes can be changes in everyday life as well as the effects of social relations inside or outside the network. In addition, worrying about the sick person is massive, which affects the entire family's life. The nearby person has a huge urge to help the people with eating disorder, but the necessary operational models, as well as the necessary information, is not enough to offer. The person who suffers from eating disorder often isolates from their social network and, therefore, it is difficult to keep contact. According to the interviewees, social relations changed during the crisis, but after it they are told to return to normal. The importance of the family was emphasized in crisis, because the patient got support from there. Furthermore, free-time and work were considered to be important and supporting power in eating disorder crisis. In the treatment process, the nearby persons said they were not enough taken into account during the eating disorder crisis. The counselling, guidance and support that they received from organisations was inadequate, but family meetings used in the treatment were considered to be useful. Because of the lack of information, the majority of the interviewees searched for information on the Internet.

Keywords: eating disorder, crisis, a nearby, family, support, experience

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 SYÖMISHÄIRIÖT.....	8
2.1 Yleisimmät syömishäiriöt sekä niiden epätyypilliset muodot .....	9
2.2 Syömishäiriöiden hoito .....	11
2.3 Syömishäiriö – kehon ja mielen sairaus .....	13
2.4 Syömishäiriöt tilastoissa.....	14
3 KRIISI OSANA ELÄMÄÄ .....	16
3.1 Läheinen ja kriisi .....	17
3.2 Kriisin vaiheet ja toipuminen .....	17
4 LÄHEINEN SYÖMISHÄIRIÖN AIHEUTTAMASSA KRIISISSÄ .....	21
4.1 Subjekttiivinen taakka .....	21
4.2 Objekttiivinen taakka.....	22
5 LÄHEISTEN JAKSAMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT .....	25
5.1 Läheinen osana hoitoprosessia .....	25
5.2 Vertaistuki .....	26
5.3 Perhetyö.....	27
6 TUTKIMUKSEN KUVAUS .....	29
6.1 Tutkimusprosessi .....	30
6.2 Tutkimuksen luotettavuus, pätevyys ja eettisyys.....	33
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	36
7.1 Tunteet ja ajatukset.....	37
7.2 Vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin .....	38
7.3 Muutokset arjessa.....	40
7.4 Tuen ja tiedon saaminen.....	42
7.5 Voimavarat.....	46
7.6 Syömishäiriökriisin vaikutus nykypäivään .....	47
8 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	49

8.1 Syömishäiriön tuomat muutokset läheisten elämään .....	49
8.2 Jaksaminen syömishäiriökriisissä .....	51
8.3 Saatavilla oleva tuki ja tieto.....	52
9 POHDINTA.....	54
LÄHTEET.....	57
LIITTEET .....	60

## 1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat nykypäivän moderni ilmiö ja etenkin nuorten naisten sairaus. Aiheesta kirjoitetaan mielipidekirjoituksia sekä tieteellisiä julkaisuja koko ajan enemmän, koska aihe koskettaa yhä useampaa suomalaista ja on siksi tullut esille entistä enemmän. Syömishäiriö ei ole pelkästään sairastuneen asia, vaan se vaikuttaa syömishäiriötä sairastavan läheisiin. Syömishäiriöön sairastumista voidaan käsitellä siitä näkökulmasta, miten se vaikuttaa ja millaisia muutoksia se tuo läheisten elämään ja arkeen. (Koskisuus & Kulola 2005,15.) Hoitojärjestelmä on muuttunut koko ajan avohoitokeskeisemmäksi ja sen vuoksi vastuu sairastuneen hyvinvoinnista jää yleensä perheen ja läheisten huolehdittavaksi (Stengård 2005, 17). Läheisten tuki on tärkeää sairastuneelle jaksamisen, toipumisen ja kuntoutumisen kannalta (Koskisuus & Kulola 2005, 72). Läheisen sairastuminen vaikeuttaa arkipäivän asioiden hoitamista, rajoittaa vapaa-ajan viettoa, vaikeuttaa työssäkäyntiä ja ihmissuhteita. Etenkin perheen kohdalla saattaa käydä niin, että myös perhe ottaa potilaan roolin ja muuttuu ”syömishäiriöperheeksi” (Koskisuus & Kulola 2005, 164).

Opinnäytetyössämme halusimme etsiä vastauksia siihen, millaisia muutoksia syömishäiriökriisi toi läheisen elämään, oliko läheisille saatavilla tarpeeksi tukea, neuvontaa ja ohjausta sekä mitkä tekijät vaikuttivat jaksamiseen. Käytämme opinnäytetyössämme termejä ”perhe” ja ”läheinen” hieman eri tarkoituksissa. Kun puhumme yleisesti syömishäiriöön sairastuneen läheisistä, tarkoitamme hänen koko sosiaalista yhteisöään, johon voi kuulua esimerkiksi ystäviä ja sukulaisia. Termiä ”perhe” käytämme, kun jokin asia kohdistuu ainoastaan ydinperheeseen (äiti, isä, sisarukset), tai joka ilmenee pelkästään kodin seinien sisäpuolella perheen keskuudessa.

Kerromme opinnäytetyössämme lyhyesti yleisimmät syömishäiriötyypit sekä niiden epätyypilliset muodot. Näiden lisäksi kokosimme tietoa syömishäiriöiden hoidosta sekä yleistä tilastotietoa syömishäiriöistä. Käsitlemme syömishäiriötä kehon ja mielen sairauksina sekä sitä, kuinka nämä kaksi yhdistyvät juuri syömishäiriöissä. Lisäksi käymme läpi kriisin teoriaa sekä sen vaiheita. Läheisille syömishäiriö on aina jonkinasteinen kriisi ja se vaikuttaa normaaliin elämään ja arkeen. Tarkaste-

lemme syömishäiriökriisin vaikutuksia perheeseen ja läheisiin sekä sitä, mitkä tekijät vaikuttavat jaksamiseen. Kerromme yleisimmistä tuen muodoista, joita läheisille on tarjolla.

Opinnäytetyömme loppupuolella esittelemme laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksemme tuloksia, jotka kokosimme tutkimuskysymystemme ympärille. Lisäksi pohdimme opinnäytetyöprosessiamme ja sen vaiheita. Tuomme pohdinnassamme ilmi, miten sosionomi (AMK) voisi toimia tukevana jäsenenä moniammatillisessa tiimissä.

## 2 SYÖMISHÄIRIÖT

Opinnäytetyössämme keskeisessä roolissa ovat syömishäiriöt. Kokonaisuuden hahmottamiseksi kerromme alkuun yleisimmistä syömishäiriöistä sekä niiden epätyypillisistä muodoista. Tarkoituksenamme on tehdä eroa todellisen, diagnosoidun sairauden sekä tilapäisen kehotytytmättömyyden välille. Useimmat meistä eivät aina ole tyytyväisiä kehoonsa, mutta hetkittäinen tyytymättömyys ulkoiseen olemukseen ja laihduttaminen eivät tee ihmisestä vielä syömishäiriöistä.

Syömishäiriöstä voidaan puhua, kun oireet muuttuvat säännöllisiksi. Oireista muodostuu häiriö silloin, kun ne ovat toistuvia ja alkavat haitata selvästi fyysistä terveyttä, ihmissuhteita, opiskelua tai työntekoa. Syömishäiriö alkaa vaikeuttaa normaalia elämää ja sen pääsisällöksi nousee joko syöminen tai syömättömyys. Syömishäiriölle tyypillistä ovat muutokset esimerkiksi ruokailutilanteissa, syömisessä sekä ruokaan suhtautumisessa. Sairastunut voi jakaa ruokia sallittuihin ja kiellettyihin, mikä johtaa ruokavalion kapenemiseen. Usein kiellettyjä ruokia ovat ne, joissa on runsaasti rasvaa tai hiilihydraatteja. Ruokailutapoihin voi tulla uusia piirteitä, kuten esimerkiksi ruuan kätkemistä ja siirtelyä lautasella sekä sen pilkkomista pieniin osiin. Liikunta muuttuu usein pakonomaiseksi: sitä harrastetaan säästä tai jaksamisesta riippumatta. (Vanhala & Hälvä 2012, 16–17; Viljanen 2014, 11–12; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11, 25–26.)

Syömishäiriöiden alku on usein huomaamaton ja etenee salakavalasti (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25–26). Perhe tai muut läheiset eivät välttämättä näe pieniä tai yksittäisiä muutoksia, vaan mukautuvat tilanteeseen huomaamattaan. Vasta kun tilanteen pysäyttää jokin huomattava muutos, läheiset havahtuvat tilanteen vakavuuteen. (Koskisu & Kulola 2005, 33.) Suurin osa syömishäiriöiden oireista on hyvin yksityisiä. Esimerkiksi ahminta ja tyhjentäytyminen tehdään yksin ja muilta salassa. Ulospäin näkyviä muutoksia ovat huomattavat painonvaihtelut sekä ruokailu- ja liikuntatottumuksien muuttuminen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25–26.)

Syytä syömishäiriön puhkeamiseen on lähes mahdoton sanoa. Syömishäiriöt eivät kehity tietoisesti tai aiheudu yhdestä tietystä tekijästä. Puhkeamiseen vaikuttavat yksilön henkilökohtainen historia, perhetausta, kulttuuriset sekä sosiaaliset paineet ja ihanteet. Yksilön henkilökohtaista historiaa muokkaavat esimerkiksi painostuk-



sen ja kielteisyyden kokemukset tai se, ettei sairastunut henkilö osaa kuvata tuntemuksiaan, vaan kantaa itse syyllisyyden taakan kaikesta. Vain harva osaa nimeä yhtä tekijää syömishäiriön puhkeamiselle. (Buckroyd 1997, 10; Claude-Pierre 2000.)

Nyky-yhteiskunnan voidaan katsoa osittain vaikuttavan syömishäiriöihin ja niiden syntymiseen. Suhtautuminen ruokaan on muuttunut ajan saatossa ja ruokaan liitetään enemmän tunteita. Ruuan tehtävä ei enää ole pelkästään ravita ihmistä, vaan tuottaa yhteisöllisyyttä ja auttaa rakentamaan omaa identiteettiä. Omaa minäkuvaa heijastetaan kulttuurissa vallitsevaan käsitykseen siitä, millainen on ihannevartalo ja millainen ihminen pitäisi olla. Yhteiskunta korostaa tehokkuutta ja tuotteliaisuutta, mikä saattaa vähentää omaa hallinnan tunnetta elämästä. Hallinnan tunnetta voidaan hakea muun muassa tiukkojen ruokavalioiden kautta. (Hyypä 2013.)

## 2.1 Yleisimmät syömishäiriöt sekä niiden epätyypilliset muodot

Anoreksiassa (*Anoreksia nervosa*) oireet alkavat usein halusta elää terveellisemmin syömällä terveellisesti sekä lisäämällä liikuntaa. Laihtuminen kohottaa itsetuntoa, tuottaa mielihyvää sekä lisää energisyyden tunnetta. Näitä tuntemuksia vahvistaa alussa saatu positiivinen palaute muilta ihmisiltä sekä oma onnistumisen tunne. Hallinnan tunne omasta elämästä lisääntyy esimerkiksi ruoasta kieltäytymisen kautta. Anoreksiaan yhdistetään yleensä ruokahaluttomuus, mutta tästä ei ole kuitenkaan kyse. Sairastunut saattaa ajatella ruokaa jatkuvasti ja olla hyvinkin kiinnostunut ruoanlaitosta. (Vanhala & Hälvä 2012, 16–17; Viljanen 2014, 11–12.)

Anoreksian oireet ovat moninaisia. Oireisiin liittyy sääntöjä ja rituaaleja sekä anoskokojen huomattavaa pientymistä. Nämä muutokset johtavat huomattavaan laihtumiseen ja alipainoon. Sairaus aiheuttaa tyytymättömyyttä omaan kehoon ja vääristää minäkuvaa: anoreksiaa sairastava henkilö kokee itsensä lihavaksi alipainosta huolimatta ja pelkää lihomista kohtuuttomasti. (Vanhala & Hälvä 2012, 16–17; Viljanen 2014, 11–12.)

Anoreksiaan sairastunut henkilö oireilee fyysisten muutosten lisäksi myös psyykkisesti. Usein sairastunut jättäytyy sosiaalisista verkostoista, minkä vuoksi ulkopuo-

lisuuden tunne voi vahvistua. Negatiiviset tunnereaktiot, kuten ärtyneisyys, uhmakkuus ja raivonpuuskat ovat tyypillisiä sairastuneelle. Anoreksiaan liittyy alakuloa ja masentuneisuutta, levottomuutta sekä yliaktiivisuutta. Usein sairastunut joutuu salailemaan ja selittelemään toimintaansa, mikä lisää ristiriitatilanteita sosiaalisissa verkostoissa. Psykkiset oireet ja vääristyneet käyttäytymismallit voivat pahentua laihutumisen ja nälkiintymistilan seurauksena. (Vanhala & Hälvä 2012, 16–17; Viljanen 2014, 11–12.)

*Bulimia nervosassa* eli ahmimishäiriössä on tyypillistä, että hallitsematon ruoan syöminen ja laihdutuskaudet vuorottelevat. Nämä kaksi ääripäätä muodostavat katkeamattoman sekä hallitsemattoman kehän. Bulimiaan sairastunut tuntee, että hän on kadottanut kontrollin. Bulimiaan liittyy valtava tarve syömisestä jälkeen tyhjentäytyä tavalla tai toisella. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15.)

Ahmittava ruokamäärä on yleensä paljon suurempi kuin terveellä ihmisellä missään tilanteessa. Bulimiaa sairastava henkilö syö tyypillisesti silloin, kun hän on ahdistunut, levoton tai väsynyt. Ahmintaa esiintyy pääsääntöisesti illalla pitkän päivän jälkeen. Bulimiassa ahmintaa ei kyetä lopettamaan ennen kuin vatsa on kivulias täysi. Ahminnan jälkeen sairastunutta alkaa masentaa kontrollin menettäminen sekä se, että salli itselleen ahmimisen. Sairastunut voi ajatella, että päivällä aloitettu laihdutuskuuri epäonnistui jälleen ja oma käytös alkaa hävettää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

Ahmimiskohtauksen jälkeen sairastunut henkilö yrittää päästä eroon ylimääräisestä ruuasta. Yleensä tämä tapahtuu oksentamalla tai tyhjentämällä mahalaukku erilaisin lääkkein tai peräruiskein. Osa voi paastota tai harrastaa todella runsasta liikuntaa. Vaikka bulimiassa tyhjentäytymiskeinona käytetään oksentamista, ei osa sairastuneista oksenna koskaan tai tekee sitä hyvin harvoin. Suomessa hyvin tavallisesti tyhjentäydytään muilla keinoin sekä harrastetaan rajua liikuntaa oksentamisen sijasta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

Tyhjentäytymiskeinot tuovat bulimiaa sairastavalle henkilölle huojennuksen sekä hallinnan tunteen. Ahminnan jälkeen aloitetaan yleensä taas uusi laihdutusyritys, joka kuitenkin keskeytyy uuteen ahmintakohtaukseen. Näin elämää hallitsee ahmimisen ja tyhjentäytymisen noidankehä. Tällainen oireilu luokitellaan sairaudeksi

silloin, kun sitä tapahtuu useammin kuin kahdesti viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

BED (*binge eating disorder*) on lihavan henkilön ahmintahäiriö. Se luokitellaan bulimian epätyypilliseksi muodoksi. BED:in tyypillisin oire on hallitsemattomat ahmimiskohtaukset. Ahminta aiheuttaa syyllisyyden tunnetta, häpeää sekä psyykkistä kärsimystä. Tyypillisesti ahmimiskohtauksissa syöty ruokamäärä on todella runsas ja ylittää muiden ihmisten syömismäärät eri tilanteissa. Ahminta tapahtuu myös tavallista nopeammin kuin normaali syöminen. BED:iä sairastava henkilö syö suuria määriä ruokaa, vaikka ei olisi nälkäinen. Ruokailut toteutetaan yksin, koska sairastunut henkilö häpeää syömäänsä ruokamäärää. Ahminnan jälkeen sairastunut henkilö ei koe tarvetta tyhjentäytymiselle tai runsaalle liikunnalle. Hoitamattomana BED johtaa yleensä vaikea-asteiseen lihavuuteen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17–18.)

*Ortoreksia nervosa* on terveellisen syömisen pakkomielle. Ortoreksia ei ole Suomessa virallinen syömishäiriön muoto, vaan yksi anoreksian epätyypillisistä muodoista. Siihen suhtaudutaan tieteessä hyvin kyseenalaisesti. Ortoreksiaan sairastunut henkilö haluaa pakonomaisesti syödä hyvin terveellisesti ja yleensä ruokavaliota säädellään jonkin terveystieteen valossa. Ortoreksiassa ruokailutilanteissa voi esiintyä pakonomaisia piirteitä ja pelkotiiloja tiettyjä ruoka-aineita kohtaan. Muihin syömishäiriöihin kuuluu pyrkimys laihtua sekä lihomisen pelko, mutta ortoreksiassa ruokavaliota ei hallitse laihuustavoite, vaan pyrkimyksenä on terveellinen ruokavalio. Terveellisten elämäntapojen vuoksi ortoreksiaa on vaikea huomata ja saada siihen apua. Ortoreksiaan voi sisältyä uskonnonkaltaisia piirteitä. Oikeanlainen ruokavalio voi edustaa pyhyyttä ja poikkeamat siitä voivat johtaa katumuksen tunteeseen. Terveellinen ruokavalio voi tuoda paremmuudentuntoa muihin nähdessä. Epäterveellisen ruoan haitoista kertominen on tyypillistä. (Valkendorff 2014, 16–17, 64.)

## 2.2 Syömishäiriöiden hoito

Syömishäiriöt eivät parane itsestään, vaan vaativat hoitoa. Syömishäiriöitä hoidetaan ensisijaisesti avohoitona. Mitä varhaisemmassa vaiheessa syömishäiriö on ja

mitä aikaisemmin hoitosuhde alkaa, sitä paremmat mahdollisuudet syömishäiriöstä on parantua. Syömishäiriöiden hoitoon tulisi osallistua moniammatillinen tiimi, joka osaa fyysisen sekä psykiatrisen hoidon. Kestoltaan hoito on pitkäaikaista, kestäen vuodesta viiteen vuoteen, tai jopa pidempään. (Käypä hoito 2014; Syömishäiriöliitto–SYLI ry 2005, 22.)

Alussa on tärkeää saada hoitotahon sekä sairastuneen välille luottamuksellinen suhde ja aktiivinen hoito-ote. Avainasemassa kuitenkin on sairastuneen oma halu parantua ja muuttaa omia käyttäytymistapojaan. Bulimian ja ahmintahäiriön hoidossa voidaan käyttää lääkkeitä, jotka lievittävät ydinoireita, mutta anoreksiassa lääkkeet eivät ole tuottaneet tuloksia. (Käypä hoito 2014.)

Perusterveydenhuollon tehtävänä on syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää motivoida sairastunutta hakeutumaan hoidon piiriin tarvittaessa. Erikoissairaanhoito arvioi ja järjestää tarvittavaa hoitoa henkilöille, joiden kohdalla perusterveydenhuollon interventiot eivät ole auttaneet. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille on vaikea piirtää rajaa, koska syömishäiriöt vaativat molempien hoitotahojen yhteistyötä ja osaamista. Hoidon ensisijaisena tavoitteena on normalisoida syömiskäyttäytyminen, korjata ravitsemustila, vähentää syömishäiriöihin liittyviä oireita, saada fyysinen terveys kuntoon ja lievittää psyykkisiä oireita. Hoitotahojen on tärkeää jakaa informaatiota syömishäiriöön sairastuneelle sekä hänen läheisilleen. Informaation tarkoituksena on auttaa hahmottamaan syömishäiriötä sekä antaa oireille merkitys. (Käypä hoito 2014.)

Syömishäiriöiden hoitoon on käytettävissä monia eri terapiasuuntauksia. Yleisimpinä näistä ovat kognitiivis-behavioraalinen käyttäytymisterapia, dialektinen käyttäytymisterapia, interpersoonallinen terapia ja psykodynaaminen psykoterapia. *Kognitiivis-behavioraalisessa* käyttäytymisterapiassa tarkoituksena on tunnistaa ja muuttaa vahingollisia käsityksiä ja uskomuksia korvaamalla ne toipumista edistävillä ajatusmalleilla. *Dialektisessa käyttäytymisterapiassa* opetellaan tunteiden hallintaa, jonka avulla sairastunut henkilö voi korvata haitalliset käyttäytymismallit uusilla. *Interpersoonallinen terapia* keskittyy ihmissuhteisiin, minkä tarkoituksena on auttaa sairastunutta henkilöä kohtamaan arkielämän vuorovaikutustilanteet ja niis-

sä esiintyvät haasteet niin, ettei hän turvautuisi syömishäiriön oireisiin. *Psykodynaamisen psykoterapian* painopiste on varhain syntyneissä tiedostamattomissa vuorovaikutuskokemuksissa, jotka muokkaavat nykytilanteeseen vaikuttavia kokemuksia. Osaa näistä terapioidista on aikaisemmin käytetty masennuksen hoidossa, mutta käytettäessä niitä syömishäiriöiden hoitoon huomio on terapiasta riippuen ihmissuhteissa, tunteissa, ajatuksissa tai elämänhistoriassa. (Käypä hoito 2014.)

Hoidon tukena käytetään usein ravitsemuskuntoutusta, joka sopii avo- ja osastohoitoon. Tarkoituksena on korjata ravitsemustila ja käytännöistä sovitaan sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa. Syömishäiriöiden hoidossa käytetään myös psykiatrista hoitoa, johon kuuluu muun muassa perhetyö, läheisten tukiryhmät ja psykiatrinen päiväsairala- ja osastohoito sekä psykiatrinen avohoito. (Käypä hoito 2014.)

Toisinaan syömishäiriöiden hoito voi olla mielenterveyslain nojalla tahdosta riippumatonta hoitoa. Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan turvautua, mikäli sairastuneen tilanne uhkaa hänen terveyttään vakavasti (esimerkiksi hengenvaarallinen aliravitsemustila) ja hän kieltäytyy hoidosta, eikä avohoidossa ole päästy asetettuihin tavoitteisiin. (Käypä hoito 2014.)

### **2.3 Syömishäiriö – kehon ja mielen sairaus**

Syömishäiriössä ei ole kyse pelkästään psyykkisestä tai fyysisestä sairaudesta. Sairauteen liittyy vahvasti niin psyykkistä kuin fyysistä oireilua. Sairauden alkuvaiheessa ilmenee lähinnä psyykkisiä ongelmia, joiden kautta ennen pitkää myös fyysiset oireet tulevat kuvioihin. Tämän oivaltaminen on tärkeää kun pyritään ymmärtämään millaisesta sairaudesta syömishäiriössä on kyse.

ICD-10-tautiluokituksessa syömishäiriöt luokitellaan F-luokkaan eli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin (Julkari 2011, 267). Jouko Lönnqvistin (1999) mukaan sairauskäsitykset ovat eri aikakausien määrittelemiä, eivätkä siksi tarkkoja tai muuttumattomia. Diagnoosi annetaan joko kuvailtujen tai havainnoitujen oireiden

perusteella. Diagnoosi ei kuitenkaan aina kerro kaikkea, sillä sairaudet voivat olla hyvinkin erilaisia. Diagnoosin tarkoitus on luokitella sairautta, ei sairastunutta henkilöä. Saatu diagnoosi yleensä helpottaa sairastuneen sekä läheisten taakkaa, sillä epätietoisuutta aiheuttava tilanne saa nimen. Kääntöpuolena diagnoosin saamisessa on kuitenkin sen mahdollinen leimaavuus. (Koskisuus & Kulola 2005, 44–45.)

Psyykkinen sairastuminen tapahtuu ennalta-arvaamattomasti ja johtaa aina jonkinasteiseen kriisiin (Koskisuus & Kulola 2005, 14). Monelle oman läheisen sairastuminen voi olla yksi elämän suurimmista kriiseistä ja tätä kautta merkittävästi järkyttää henkistä hyvinvointia.

## **2.4 Syömishäiriöt tilastoissa**

Syömishäiriöiden todellista lukumäärää ei ole pystytty selvittämään, koska kaikki sairaustapaukset eivät tule ilmi taudinkuvan vaihtelevuuden vuoksi. Oireet saattavat vaihdella ja syömishäiriö voi muuttaa muotoaan. Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat epätyypilliset syömishäiriöt, joista tavallisimmin esiintyy BED:iä. Tunnetuimpia ovat kuitenkin anoreksia ja bulimia. (Isomaa 2013; Käypä hoito 2014.)

Syömishäiriöitä voidaan pitää nuorten naisten sairautena, noin 7 prosenttia suomalaisista naisista sairastuu syömishäiriöön ennen kuin täyttää 30 vuotta. Miesten osuus on huomattavasti pienempi, sairastuneista arviolta noin 10 prosenttia on miehiä. Useimmiten syömishäiriöön sairastutaan 12–24-vuotiaana. Sairastuminen varhaisemmalla tai myöhäisemmällä iällä on mahdollista, mutta harvinaista. (Käypä hoito 2014; Keski-Rahkonen 2010.)

Toipuminen vaihtelee ja on usein hidasta. Ennustetta parantaa sairauden alkuvaiheessa aloitettu hoito. Arviolta 50 prosenttia sairastuneista paranee. Loppujen kohdalla sairaus kroonistuu (20 prosenttia) tai oireilu jatkuu (30 prosenttia). Vaikka syömishäiriöstä muuten toipuisi, saattaa oma kehonkuva jäädä vääristyneeksi pitkäksi aikaa tai lopullisesti. Keskimääräisesti kehonkuvan normalisoitumiseen kuluu 5–10 vuotta sen jälkeen, kun normaalipaino on saavutettu. (Keski-Rahkonen 2010; Terve Media Oy 2010.)

Syömishäiriöt voivat olla hengenvaarallisia. Niiden kohdalla kuolleisuus on suurempi kuin muissa psyykkisissä sairauksissa. Mitä pitkäaikaisempi sairaus on, sitä suurempi riski on menehtyä. Pitkäaikaisista anoreksiaa sairastavista henkilöistä noin 5 prosenttia menehtyy. (Keski-Rahkonen 2010.)

### 3 KRIISI OSANA ELÄMÄÄ

Syömishäiriöiden puhjetessa ennalta-arvaamattomasti, johtavat ne jonkinasteiseen kriisiin niin sairastuneen kuin läheistenkin kohdalla. Avaamalla kriisin käsitettä sekä sen vaiheita tuomme ilmi, miten syömishäiriökriisi saattaa vaikuttaa läheisiin ja millaisia tuen tarpeita se voi nostaa esiin läheisten kohdalla.

Sana kriisi on peräisin kreikan kielestä, jossa se tarkoittaa käännekohtaa, äkillistä pysähtymistä. Sellaista tilannetta, johon henkilöllä ei ole olemassa aiemmin opittuja keinoja selviytyä. Kriisi ei kuitenkaan ole pelkästään negatiivinen ilmiö, vaan se pitää sisällään mahdollisuuden. Kriisi tarkoittaaakin osittain ratkaisemista, ratkaisun tekemistä. Puhekielessä kriisin merkitys vaihtelee puhujasta riippuen. Ominaista kuitenkin on, että kriisistä puhuttaessa tarkoitetaan tiettyä tapahtumaa ja sen suoria seurauksia. (Palosaari 2007, 22–23; Day 2006, 35.)

Kriisit voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan: kehityskriiseihin, äkillisiin kriiseihin sekä elämänkriiseihin. Kehityskriisit ovat luonnolliseen kehitykseen kuuluvia kriisejä, kuten vanheneminen tai lasten saaminen. Äkilliset kriisit aiheutuvat erityisen voimakkaista ja yllättävistä tapahtumista, kuten esimerkiksi tulipalosta tai yllättävästä avioerosta. Elämänkriisit puolestaan ovat peräisin pitkäkestoisista kuormittavista tilanteista, jotka kuuluvat elämänkulkuun, mutta joiden vaikutus yksilöön vaihtelee, kuten vaikka pitkään harkittu avioero tai työuupumus. (Palosaari 2007, 23–24.) Syömishäiriötä voidaankin pitää elämänkriisinä, sillä syömishäiriöt kuormittavat pitkäaikaisesti, eivätkä kohtaa jokaista ihmistä. Elämänkriisejä käsiteltäessä sovelletaan useita terapia- ja hoitomuotoja esimerkiksi sairaaloissa ja mielenterveystoimistoissa – kuten myös syömishäiriöitä hoidettaessa (Palosaari 2007, 23–24).

Jokainen ihminen kohtaa elämänsä aikana kriisejä jossain vaiheessa. Kriisin vaikutus riippuu siitä, miten uhkaavaksi se koetaan oman turvallisuuden tunteen kannalta. Mitä uhkaavampi kriisi on, sitä enemmän se järkyttää käsitystä itsestä ja omasta elämästä. Kriisien myötä esimerkiksi itsestäänselvyytenä pidetyt ihmissuhteet saattavat muuttua ja rikkoontua. Haaveet ja odotukset elämästä voivat hajota ja oma toimintakyky heikentyä. (Koskisuu & Kulola 2005, 152–153; Day 2006, 35.)



### 3.1 Läheinen ja kriisi

Kriisit vaikuttavat huomattavimmin niihin ihmisiin, jotka ovat lähimpänä sairastunutta. Kriisin puhkeamisessa ei ole kyse siitä, että perheen tai läheisverkoston sisällä olisi heikot tai toimimattomat vuorovaikutussuhteet tai että ongelma olisi lähtöisin heistä. (Koskisuus & Kulola 2005, 14–15.) Kriisi haastaa jo ennalta opitut toimintamallit ja täten läheinen saattaa kokea syömishäiriökriisin uhkaavana.

Läheisten sopeutuminen kriisin aikana riippuu sisäisistä ja ulkoapäin tulevista tekijöistä. Sopeutumiseen vaikuttavat muun muassa keskinäiset kiintymys- ja vuorovaikutussuhteet, käytössä olevat voimavarat, omanarvontunto sekä aikaisemmat kokemukset ja toimintatavat. Nämä voivat joko uhata tai suojata kriisissä tai toisiinsa kumpaakin yhtä aikaa. Sisäiset ja ulkoiset tekijät vaikuttavat kriisistä selviytymiseen, koettuun kuormitukseen ja toipumiseen. (Koskisuus & Kulola 2005, 81–84.)

### 3.2 Kriisin vaiheet ja toipuminen

Kriisistä toipumista voidaan tarkastella eri teorioiden mukaan. Systeemiteorian mukaan kriisistä toipumisessa merkittävää ovat keskinäiset ihmissuhteet ja niiden väliset riippuvuudet. Sopeutumisteoria puolestaan painottaa sopeutumista haittaavien selviytymiskeinojen muuttamista myönteisiksi tekijöiksi siten, että ne tukevat sopeutumista. Minäkuvan ja oman itsetunnon vahvistamista pidetään selviytymiskeinoina interpersoonallisessa teoriassa. Yleistä kuitenkin on tarkastella kriisistä toipumista integroidun teorian pohjalta, jolloin toipumiseen sovelletaan eri teoriakuntien näkemyksiä. (Poijula 2007, 28.) Koskisuus (2005, 159) jakaa läheisten kriisistä toipumisen neljään vaiheeseen (Taulukko 1). Hän nostaa esiin päällimmäiset tunteet, jotka liittyvät kuhunkin vaiheeseen sekä läheisten kannalta oleelliset tiedot, taidot ja tuen tarpeet.

TAULUKKO 1. Kriisin vaiheet

Kuntoutumisen prosessin vaihe	Perheen ja omaisten kokemus	Mitä ja millaista tietoa tarvitaan?	Millaisia taitoja perhe tarvitsee?	Millaista tukea perhe tarvitsee?
<b>Shokkivaihe</b> (kriisi- tai kaaosvaihe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• järkytys</li> <li>• syyllisyys</li> <li>• suru</li> <li>• ahdistus</li> <li>• masennus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• konkreettista ja selkeää tietoa sairaudesta, sen syistä, ennusteesta, hoitomahdollisuuksista ja kuntoutumisen mahdollisuudesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• selviytymistaidot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• välitön tuki perheen tunteille ja niiden tunnistamiseen</li> <li>• käytännön apu ja tuki</li> <li>• sairastuneen perheen mukaan ottaminen hoitoon</li> </ul>
<b>Tilanteen realisoitumisvaihe</b> (tilanteen selkeytymisen ja jäsentymisen vaihe, päivittäisen selviytymisen vaihe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• toivottomuus</li> <li>• väsymys</li> <li>• pettymys hoitoon tai hoitojärjestelmään</li> <li>• loppuun palamisen kokemus tai pelko</li> <li>• viha, ärtymys</li> <li>• turhautuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tietoa oireiden merkityksestä</li> <li>• tietoa saatavilla oleviasta tuesta ja muista mahdollisuuksista</li> <li>• tietoa lääkityksestä</li> <li>• tietoa kuntoutumisen prosessin luonteesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kriisinhallintataidot</li> <li>• taito ilmaista omia tarpeita ja odotuksia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jatkuva yhteydenpito perheeseen ja ammatillinen tuki niin omaisille kuin sairastuneelle</li> <li>• mahdollisuus jakaa kokemuksia ja tunteita</li> <li>• perheiden sopeutumisvalmennus</li> <li>• omaistoiminta</li> </ul>
<b>Coping-vaihe</b> (elämäntilanteen uudelleenarvioimisen ja uudelleensuuntautumisen vaihe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• luopuminen (jotkut asiat ovat pysyvästi muuttuneet, kaikki eivät)</li> <li>• oman rajallisuuden tunnistaminen</li> <li>• uusien toimintatapojen opetteleminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tietoa stressistä ja stressinhallinnasta</li> <li>• tietoa siitä, miten ratkoa ongelmatilanteita</li> <li>• tietoa oma-aputoiminasta</li> <li>• tietoa omista oikeuksista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• henkilökohtaiset stressinhallintakeinot</li> <li>• oireiden hallinnassa tukemiseen tarvittavat taidot</li> <li>• itsestä ja omista voimavaroista huolehtimisen taidot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perheen tukeminen muutoksessa</li> <li>• perhe- ja omaisryhmät</li> <li>• perhe- ja parisuhdekuntoutuskurssit</li> <li>• koulutuksellinen perhetyö</li> <li>• osallisuus kuntoutuksen suunnittelussa</li> </ul>
<b>Edunvalvontavaihe</b> (oman ja perheen puolesta toimimisen vaihe, henkilökohtainen vaikuttaminen, mahdollinen yhteiskunnallinen tai palveluihin vaikuttaminen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asioiden kohtaaminen</li> <li>• aloitteellisuus</li> <li>• päättäväisyys</li> <li>• muutos ja muutoksen hallinta, tavoitteellisuus</li> <li>• tunne, että voi elää ja hengittää</li> <li>• tunne, että voi vaikuttaa omaan elämään</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tietoa eri mahdollisuuksista omalle kuntoutumiselle</li> <li>• tietoa vaikutusmahdollisuuksista palveluiden kehittämiseksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organisointitaidot</li> <li>• edunvalvontataidot, oman itsen ja omaisen puolesta puhumaan oppiminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ammatillinen tuki tarvittaessa</li> <li>• mahdollisuus toimia tukena muille, jos tuntee tarvetta</li> <li>• työskentely palveluiden parantamiseksi, läheisen oikeuksien puolustamiseksi</li> </ul>

Kriisin ollessa päällä (*shokkivaihe*) muun muassa suru, järkytys ja ahdistus ovat yleisiä tunnetiloja. Tieto sairastumisesta ja syömishäiriöstä saattavat tulla läheisille yllättäen. Epätietoisuus voi tuoda ahdistusta, koska tarvittavia toimintamalleja kriisistä selviytymiseen ei välttämättä ole entuudestaan. Tällöin tärkeää olisi saada konkreettista tietoa ja käytännön apua. Shokkivaiheessa korostuu tiedon tarve, esimerkiksi sairaudesta, sen ennusteesta sekä siitä, miten syömishäiriötä lähde-tään hoitamaan tai miten läheisten tulisi toimia. Läheisten kannalta olisi tärkeää saada tietoa ja tukea, jotta he pystyisivät luomaan itselleen oikeanlaisia selviytymiskeinoja. (Koskisuus 2005, 159.)

Vähitellen tilanne alkaa selkeytyä ja jäsentyä (*tilanteen realisoitumisvaihe*). Surun ja järkytyksen tilalle voi tulla vihaa ja väsymystä. Tilanne saattaa vaikuttaa toivotomalta ja herättää pelkoa. Hoitoa kohtaan saattaa tulla pettymys, mikäli läheiset eivät saa tarkempaa tietoa sairaudesta ja saatavilla olevasta tuesta. Läheisille olisikin annettava mahdollisuus käsitellä tilannetta yhdessä, kertoa omista tunteis-

taan ja odotuksistaan sekä mahdollistaa tiivis yhteydenpito hoitotahon kanssa. Tällä tavoin läheisten kriisinhallintakeinot voivat kehittyä ja he pystyvät paremmin ilmaisemaan tarpeitaan sekä toiveitaan. (Koskisu 2005, 159.)

Tilanteen hahmotuttua alkaa elämäntilanteen arvioiminen ja uudelleensuuntautuminen (*coping-vaihe*). Läheiset hyväksyvät sairastumisen ja oman rajallisuutensa. He alkavat luopua entisestä ja ryhtyvät opettelemaan uusia toimintamalleja. Läheisille tulisi antaa tietoa ja tukea omaan jaksamiseen, esimerkiksi stressinhallintaan, omista oikeuksista kiinni pitämiseen ja erilaisiin ryhmiin osallistumiseen kuten vertaistukiryhmiin. (Koskisu 2005, 159.)

Lopulta kriisi alkaa helpottaa (*edunvalvontavaihe*) ja tunne omista vaikutusmahdollisuuksista kasvaa. Sitä kautta asioiden kohtaaminen helpottuu ja aloitteellisuus lisääntyy. Syömishäiriöistä on helpompi puhua ja oma ajatusmaailma saattaa muuttua kriisin kautta, esimerkiksi auttamisen halu kasvaa. Läheiset alkavat toimia itsensä ja muiden läheisten puolesta. Asioita ryhdytään kohtaamaan päättäväisesti ja halu vaikuttaa esimerkiksi palveluihin on yleistä. Läheisille tulisikin tällöin tarjota mahdollisuuksia vaikuttamiseen. (Koskisu 2005, 159.)

Kriisiä helpottavia tekijöitä ovat tilanteen realistinen havainnointi, ajallaan saatava tuki ja oikeanlaisten ratkaisujen löytäminen (Poijula 2007, 29). Kriisistä toipumiseen liittyy vahvasti toiveikkuus ja uusien asioiden oivaltaminen, kuten erilaisten selviytymiskeinojen ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Vanhasta luopuminen voi usein tuntua pelottavalta, sillä mielikuva tilanteen hallinnasta muuttuu. Vanhoista toimintamalleista luopuminen on kuitenkin edellytyksenä, jotta muutosta voisi tapahtua. (Day 2006, 58.)

Itsensä ja tilanteen hyväksyminen on osa kriisistä toipumista ja siihen liittyy tietoinen asioiden muuttaminen kohti parempaa. Kuntoutumisen myötä oma mielikuva itsestä ja läheisverkostosta muuttuu myönteisemmäksi. (Koskisu & Kulola 2005, 160–164.) Syömishäiriökriisin ei voida siis katsoa aiheuttavan pelkästään negatiivisia seurauksia, vaan se saattaa toimia myös perhettä lujittavana tekijänä (Koskisu & Kulola 2005, 80). Läheisen sairastuminen saattaa tiivistää omaa parisuhdetta ja muokata arvomaailmaa (Nyman & Stengård 2001, 39).

Kuntoutumisen tapahtuessa pelkästään sairastunut henkilö ei muutu, vaan koko elämä muuttuu lähiverkosta myöden. Helposti ajatellaan, että tämä muutos automaattisesti parantaa perheen tilannetta, vaikka näin ei välttämättä ole. Näin ollen toipuminen ja kuntoutuminen ovat sairastuneen lisäksi myös läheisten prosessi. (Koskisu & Kulola 2005, 13, 151.)

## 4 LÄHEINEN SYÖMISHÄIRIÖN AIHEUTTAMASSA KRIISISSÄ

Syömishäiriöön sairastuminen ei kosketa pelkästään sairastunutta henkilöä, vaan sairauden tuomat muutokset vaikuttavat myös läheisten elämään. Kriisi koskettaa niin perhettä, puolisoa kuin muitakin sairastuneen läheisiä henkilöitä. Läheiset kokevat syömishäiriön aiheuttaman kriisin aikana monenlaisia tunteita ja tilanteita, jotka useimmiten kuormittavat heitä.

Sairastuminen voi olla suuri taakka läheisille, koska se voi pahimmillaan etäännyttää ihmisiä toisistaan. Etääntymisen taustalla voi olla kykenemättömyys jakaa asioita tai vuorovaikutussuhteiden liiallinen muuttuminen sairauden aikana. Sairastumisen myötä roolit ja tehtävät on jaettava uudelleen ja tämä vaatii läheisiltä sopeutumiskykyä. Sopeutuminen on yksilöllistä jokaisella, toisilla saattaa kulua siihen enemmän aikaa kuin toisilla. (Koskisuu & Kulola 2005, 13, 16–17, 60–61.)

Muuttunut tilanne vaatii läheisiltä uusia selviytymiskeinoja arjessa. Tuen antaminen sairastuneelle on perheen lisäksi myös muiden läheisten tehtävä. Läheiset voivat joutua antamaan sairastuneelle niin psyykkistä kuin konkreettista tukea. (Koskisuu & Kulola 2005, 89.) Selviytymiskeinoina voivat olla esimerkiksi vastuunsiirto perheenjäsenten välillä sekä joidenkin puheenaiheiden tai tilanteiden välttely. Sairastuminen ei vaikuta samalla tavalla jokaiseen läheiseen ja läheisten kohtaamat haasteet vaihtelevat kulloisenkin elämäntilanteen mukaan. (Koskisuu & Kulola 2005, 33, 87, 154.) Läheisten taakka voidaan jakaa subjektiiviseen ja objektiiviseen taakkaan.

### 4.1 Subjektiivinen taakka

Subjektiivista taakkaa ovat kokemukset ja tunteet, kuten suru ja luopuminen. Suru liittyy menetykseen ja pelkoon, vanha tuttu ja turvallinen on muuttunut uudenlaiseksi. Subjektiivista taakkaa saattaa olla hankala jakaa muiden kanssa. (Koskisuu & Kulola 2005, 62–70.) Marshin (2000) mukaan subjektiivinen taakka muodostuu surun tai menetyksen tunteesta läheisen sairastuttua, sairauden tai tilanteen pitkeytyessä surun mahdollisesta kroonistumisesta, omien tunteiden sovittamisesta sai-

rastuneen tunteiden mukaan sekä sairastuneen kärsimyksestä johtuvasta empaattisesta tuskasta.

Häpeän tunne voi liittyä syömishäiriöön ja läheisten kokemuksiin vahvasti. Yleinen ajatus siitä, että itse pitäisi selviytyä ja omista asioista ei puhuta muille, saattaa olla este avun hakemiselle. Tilanteen ja avuttomuuden tunnustaminen voi tuntua mahdottomalta ja häpeälliseltä. Mitä pidemmälle avun hakeminen venyy, sitä huomattavampia reaktioita perheessä ja lähipiirissä voi ilmentyä. (Koskisu & Kulola 2005, 35.) Häpeän lisäksi läheisillä saattaa olla suuri huoli sairastuneesta. Huoli liittyy merkittävästi läheisten kokemukseen sairastumisesta. Huoli koskettaa sairastuneen terveydentilaa, tulevaisuutta sekä taloudellista pärjäämistä. Huolen määrä voi vaihdella, mutta se on jatkuvasti läsnä. (Nyman & Stengård 2001, 33.)

Syömishäiriön puhjetessa läheiset alkavat pohtia syitä sairastumiselle ja luovat samalla oman teoriansa tapahtuneesta. Syitä pohtiessa usein etsitään myös syyllistä ja yleistä on löytää syyllinen hyvinkin läheltä, itsestä tai lähipiiristä. Tämän vuoksi läheiset saattavat tuntea syyllisyyttä syömishäiriön puhkeamisesta. Yleistä on myös jossittelu: jos olisin toiminut muulla tavoin, jos olisin ollut erilainen. (Koskisu & Kulola 2005, 52–53.)

## 4.2 Objektiivinen taakka

Objektiivisella taakalla tarkoitetaan arjessa esiintyviä haasteita, joita ilmenee läheisen sairastuttua (Koskisu & Kulola 2005, 70–71). Lefley (1989) määrittelee tekijät, jotka hänen mukaansa kuormittavat läheisiä useimmin. Tällaisia tekijöitä ovat taloudellisen tilanteen huononeminen, perheen sisäisen työnjaon ja vastuunkantamisen muutokset sekä sosiaalisten suhteiden väheneminen ja kapeutuminen.

Läheiset huolehtivat usein käytännön arjen sujumisesta. He voivat auttaa ja tukea sairastunutta, mutta myös tehdä hänen puolestaan asioita. Arkielämän sujumisesta huolehtiminen on yksi oleellisimmista huolenpitotehtävistä, joita läheisillä on. Asioiden hoitaminen vaatii voimavaroja, aikaa sekä resursseja. (Nyman & Stengård 2001, 32–33.) Syömishäiriön myötä perheen normaali arki muuttuu. Entiset,

mukavat puuhat voivat muuttua negatiivisiksi kokemuksi ja saavat uusia piirteitä. Ruokailut voivat muuttua taisteluiksi ja kaupassa käyminen painajaiseksi. (Syömishäiriöliitto–SYLI ry 2005, 5.)

Syömishäiriöt vaikuttavat sosiaalisiin suhteisiin ja toimintakykyyn. Sairauteen liittyvät väärät oletukset saattavat tuoda muutoksia henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja todellisuuteen sekä muuttaa suhdetta sairauteen, ellei oletuksia kyseenalaisteta tai korjata. (Koskisuus & Kulola 2005, 13, 55.) Syömishäiriöön sairastuminen vaikuttaa sairastuneen ja läheisten keskinäisiin väleihin. Vuorovaikutuksessa ja yleisessä ilmapiirissä saattaa esiintyä jännittyneisyyttä ja muita kielteisiä tunnetiloja. Jännittyneisyyttä saattaa etenkin lisätä sairastuneen tarkkailu ja valvominen. (Nyman & Stengård 2001, 33–34.)

Läheisten energia keskittyy usein sairastuneeseen sekä hänen tilanteeseensa ja tällöin muut perheenjäsenet voivat jäädä vähemmälle huomiolle. Tämä johtuu siitä, että aikaa ja voimavaroja ei kyetä jakamaan tasapuolisesti kaikkien välillä. (Kaulio & Svennevig 2006, 75; Koskisuus & Kulola 2005, 72.) Perheen keskinäisiin väleihin saattaa myös vaikuttaa sisarusten tarve suojella omia vanhempiaan ja sairastunutta henkilöä. Perheen muut lapset voivat piilottaa oman surunsa ja pyrkivät helpottamaan perheessä vallitsevaa ahdistusta ottamalla ymmärtävän sopeutujan roolin. Tämä saattaa harhauttaa vanhempia ja kannustaa heitä siirtämään vastuuta ja tukijan roolia liiaksi sisarille. (Kaulio & Svennevig 2006, 76.)

Läheisten jaksamiseen voivat vaikuttaa myös heidän ja sairastuneen välillä olevat ristiriidat (Nyman & Stengård 2001, 39). Sairauden kestäessä kauan läheisten voimavarat kuluvat, koska vastuu ja päätöksenteko asioista siirtyvät heille. Tämä voi ilmetä vuorovaikutusongelmina ja etenkin parisuhteessa johtaa yksinäisyyteen. (Koskisuus & Kulola 2005, 95.)

Läheisen sairastuminen syömishäiriöön voi lisätä riskiä eristäytyä sosiaalisista verkostoista. Eristäytyminen koskee myös muita läheisiä, mutta etenkin perhettä. Perhe saattaa kaventaa omaa sosiaalista kanssakäymistään. Joskus läheisen sairastumisesta on vaikea kertoa muille ihmisille, sillä sairastunutta henkilöä halutaan varjella. (Koskisuus & Kulola 2005, 89.)

Sairastuneesta huolehtiminen vaikuttaa myös läheisten omaan vapaa-ajan viettoon. Omat harrastukset ja muut virkistätymiskeinot voivat vähentyä tai jäädä kokonaan pois. (Nyman & Stengård, 38.) Läheisille omien ystävyysuhteiden ylläpitäminen voi olla vaikeaa, koska voimavarat kohdentuvat sairastuneen ja omaan hyvinvointiin. Toisinaan läheiset voivat kokea tulleen hylätyiksi ja unohdetuiksi ystäväpiireistään. Huolimatta siitä, että tilanne ymmärretään, voi se satuttaa. (Koskisu & Kulola 2005, 90, 102.)

Sairastuminen voi vaikuttaa perheen taloustilanteeseen ja johtaa epävarmuuteen elintason ja käytössä olevan rahan vähentyessä. Taloudellisen tilanteen heikentymisen taustalla on muun muassa tulojen pienentyminen, mikäli läheinen joutuu jäämään työelämästä pois huolehtiakseen sairastuneesta, ja lisääntyneet kustannukset esimerkiksi hoidosta. (Nyman & Stengård 2001, 37.) Heikentynyt taloudellinen tilanne saattaa haitata sairastuneen toipumista ja kuntoutumista, mutta myös vähentää läheisen jaksamista, sillä taloudellinen turvallisuus tukee voimavaroja. Heikentynyttä taloudellista tilannetta pyritään parantamaan Suomessa toimeentulotuen avulla. Ensimmäistä kertaa toimeentulotukea hakeva perhe voi kokea sosiaalitoimistossa asioinnin nöyryyttävänä. Lisäksi tietämättömyys ja vähäiset neuvot sosiaaliturvakysymyksissä kuormittavat perhettä ja raha-asioiden selvittely voi tällöin tuntua entistä raskaammalta. (Koskisu & Kulola 2005, 85–86.)



## 5 LÄHEISTEN JAKSAMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Syömishäiriökriisi kuormittaa läheisiä runsaasti ja tästä syystä läheisten on tärkeää löytää jaksamista lisääviä voimavaroja. Jaksamiseen vaikuttavat voimavarat vaihtelevat yksilöllisesti läheisten keskuudessa. Yhteistä kuitenkin on, että voimavaroja tarvitaan syömishäiriökriisin aikana ja siitä selviytymiseen.

Läheisten hyvinvointia lisääviä ja jaksamista tukevia tekijöitä on useita. Yhteistä näille tekijöille on se, että ne heikentyvät usein syömishäiriökriisin keskellä. Voimavaroja antavat muun muassa sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen kanssakäyminen, työ ja opiskelu, harrastukset ja terveelliset elämäntavat. Lisäksi jaksamiseen vaikuttavat myös oma persoona ja ajattelu- ja toimintatavat sekä luodut selviytymiskeinot. (Nyman & Stengård 2001, 48–49, 64.)

Läheisen huolehtiessa sairastuneesta henkilöstä vaikuttaa tilanteen kuormittavuuteen sairastuneen oma toimintakyky ja tuen tarve. Mitä kauemmin sairaus kestää ja mitä enemmän sairastunut tarvitsee tukea, sitä kuormittavampi tilanne on läheiselle. Myös sairastuneen kanssa vietetty aika vaikuttaa läheisten jaksamiseen. Toisinaan vastuu huolehtimisesta saattaa olla kokonaan läheisillä, mutta toisinaan vastuuta voi jakaa esimerkiksi hoitohenkilökunnan kanssa. Jatkuva huolenpito vie aikaa läheisten oman hyvinvoinnin tukemiselta sekä saattaa verottaa työelämän resursseja. (Nyman & Stengård 2001, 63–64.)

Etenkin vanhempien voimavaroja voivat vähentää syyllisyys tilanteesta ja tunne siitä, että on epäonnistunut vanhempana. Omia negatiivisia tunteita, kuten pettymystä ja suuttumusta, on hankala ymmärtää, saati sallia itselleen. Huoli oman lapsen menettämisestä lisää vanhempien kuormitusta. (Syömishäiriöliitto–SYLI ry 2005, 6.)

### 5.1 Läheinen osana hoitoprosessia

Sairastuneen pääseminen avun piiriin voi helpottaa läheisten oloa, sillä ahdistus ja epätietoisuus voivat vähentyä ja tilanne rauhoittua. Läheiset voivat ajatella, että sairastunut on nyt turvassa. (Koskisuu & Kulola 2005, 40.) Toisaalta, sairastuneen

saadessa apua, voivat läheiset jäädä epätietoisuuden valtaan ilman tukea ja ohjausta. Tarpeellista läheisille kuitenkin olisi saada konkreettisia neuvoja, tietoa sairaudesta sekä neuvoja käytännön arkeen. (Koskisuus & Kulola 2005, 38, 51.)

Läheisten rooli hoidossa vaihtelee työntekijästä ja yksiköstä riippuen. Joissain tilanteissa läheiset saattavat jäädä hoidon ulkopuolelle. Sairastunutta ei kuitenkaan pitäisi irrottaa hänen yhteisöstä, jossa hän on elänyt ja toiminut. Läheisten avulla voidaan tilanteesta saada kattavampi kokonaiskuva. Läheisten mukana oleminen olisi tärkeää myös siksi, että hoito saattaa vaatia heiltä runsaasti voimavaroja ja toimenpiteitä. (Koskisuus & Kulola 2005, 49, 51; Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen, Potinkara 2008, 124.) Hoitojärjestelmä on muuttunut koko ajan avohoitokeskeisemmäksi ja sen vuoksi vastuu sairastuneen hyvinvoinnista jää yleensä perheen ja läheisten huolehdittavaksi (Stengård 2005, 17).

Hoidon aikana oleva kriisi saattaa vaikuttaa odotuksiin, joita läheisille syntyy. Esimerkiksi mitä suuremmalta kriisi tuntuu, sitä enemmän ammattilaisia kohtaan asetetaan toiveita. Läheisillä on odotuksia ja toiveita annettavaa apua sekä ammattilaisia kohtaan. Ammattilaisilta odotetaan ymmärrystä ja annetulta avulta tehokkuutta ja tuloksia. Samanaikaisesti odotusten ja toiveiden lisäksi voi ilmetä pelkoa siitä, ettei tilanne muutukaan. (Koskisuus & Kulola 2005, 41.)

Syömishäiriöitä ja muita psyykkisiä sairauksia voidaan tarkastella yksilön tai lähi-verkoston näkökulmasta. Keskittyessä yksilön näkökulmaan, läheiset nähdään taustahenkilöinä ja tällöin heidän kokemuksensa voi jäädä osittain tai jopa kokonaan huomioimatta. Toisinaan voi käydä niin, että läheisten huomioiminen johtaa-kin heidän syyllistämiseensä ja sairautta pyritään selittämään esimerkiksi perheestä aiheutuvilla seurauksilla. (Koskisuus & Kulola 2005, 14.)

## 5.2 Vertaistuki

Vertaistuki on yksi tuen muodoista, joita perhe ja läheiset voivat saada syömishäiriökriisin keskellä. Vertaistuellla tarkoitetaan saman elämäntilanteen jakavien ihmisten toisilleen antamaa tukea joko keskenään tai ohjaajan avulla. Tuki perustuu omaan kokemukseen, tunteiden ja ajatusten jakamiseen. Läheisen oma sosiaali-

nen verkosto ei ehkä kykene antamaan tarvittavaa tukea, koska heillä ei ole samankaltaisia kokemuksia eikä ymmärrystä. Tällöin vertaistuen tarve korostuu entistään. Vertaistuki on katsottu hyödylliseksi sekä tehokkaaksi tuen muodoksi, koska siitä hyötyvät sekä itse sairastunut että läheiset. (Koskisuus & Kulola 2005, 203–204 ; Yhdessä suru on helpompi kantaa, 22.)

Vertaistuen lisäksi läheiset voivat saada tukea muilta verkostoiltaan. Koskisuus & Kulolan (2005, 90) mukaan erityisen tärkeää läheisille on ollut se, että he ovat saaneet tukea ja kannustavia kommentteja omalta verkostoltaan kerrottuaan tilanteesta.

### 5.3 Perhetyö

Syömishäiriötä sairastavan sekä hänen läheistensä apuna voidaan hyödyntää perhetyötä. Perhetyöksi luetaan kaikki perheen kanssa käytävä työ, missä koko perhe otetaan huomioon. Näitä muotoja voivat olla muun muassa kanssakäyminen perheen ja ammattilaisten välillä, perhetapaamiset sekä kotikäynnit. Perhetyön käsitteen lisäksi voidaan puhua myös perheet huomioon ottavasta työotteesta tai lähestymistavasta. (Koskisuus & Kulola 2005, 188.) Perheen ja auttavan tahon suhdetta voi Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (1999) mukaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta:

1. Perhe toimii taustatekijänä, jolloin perhe voi olla voimavara tai kuormittava tekijä syömishäiriötä sairastavan kuntoutuksessa. Näkökulmassa sairastunut on keskiössä, perhe taustavoimana ja sairauden puhkeamista voidaan selittää perhetaustalla. Hoidon tarve on kuitenkin yksilöllä. Tällöin puhutaan yksilöön kohdistuvasta perhetyöstä.
2. Perhe nähdään kokonaisuutena, jolloin perheenjäsenten terveys ja hyvinvointi katsotaan perustuvan vastavuoroisuuteen. Perhetyön kohteena voivat olla yksittäiset perheenjäsenet ja ongelmia hoidetaan ongelma- tai tavoitekeskeisesti. Samalla yritetään vaikuttaa koko perheeseen. Jokaiselle perheenjäsenelle järjestetään tarvittaessa yksilöllistä hoitoa. Tavoitteena tässä näkökulmassa on parantaa perheen vuorovaikutusta, ymmärrystä sekä hei-

dän välillä välttämättä tukea muuttamalla yksilöiden käyttäytymistä ja toimintaa. Tässä tapauksessa voidaan puhua interpersoonallisesta eli perheenjäseniin kohdistuvasta hoitotyöstä, kun perheenjäsenten roolijako, päätöksenteko sekä kommunikaatio painottuvat.

3. Asiakkaana on koko perhe, jolloin kokonaisuus riippuu perheen sisäisistä toimintamalleista, suhteista, rakenteista ja eri jäsenien tavasta toimia. Tavoitteena on vaikuttaa siihen, miten perhe toimii. Tällöin muuttuvat yksilöiden toimintatavat.

Hyvälle perhetyölle voidaan asettaa tietynlaisia odotuksia, vaikka resurssit vaihtelevatkin ympäri maata. Perhetyö ei kuitenkaan onnistu, jos perhe ei ole itse sitoutunut yhteistyöhön. Lähtökohta hyvälle perhetyölle on se, että perhetapaamiset ovat itsestäänselvyys ja perhetyöntekijään on helppo saada yhteys tarvittaessa. Hyvä perhetyö antaa perheelle tietoa sairaudesta, eri hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista, ennusteesta sekä sairauteen liittyvistä seikoista. Ammattilaisten tehtävänä on tukea sekä auttaa perhettä jäsentämään tilannetta ja kuuntelemaan heitä. Perhetyö auttaa myös perheitä käytännönjärjestelyissä. (Koskisuus & Kulola 2005, 190–192.)

## 6 TUTKIMUKSEN KUVAUS

Tässä luvussa esittelemme opinnäytetyömme aiheen valintaa ja sen tarkoitusta. Kerromme laadullisen tutkimuksemme tutkimusongelmista sekä tutkimuskysymyksistä. Lisäksi kuvaamme tutkimusprosessiamme ja pohdimme tutkimuksemme luotettavuutta, pätevyyttä ja eettisyyttä.

Toteutimme opinnäytetyömme laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena, jossa aineistona olivat haastattelut. Laadullinen tutkimus on menetelmäsuuntaus tieteellisessä tutkimuksessa. Siinä tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään kohteen laatua ja ominaisuuksia kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa näkökulmat painottuvat eri merkityksiin ja tarkoituksiin tutkimuksen suuntauksesta riippuen. (Laadullinen tutkimus. [viitattu 14.4.2015].)

Valitsimme opinnäytetyömme kohderyhmäksi syömishäiriötä sairastavien henkilöiden läheiset. Usein syömishäiriöistä puhuttaessa keskitytään sairastuneeseen sekä hänen kokemuksiinsa, sen sijaan, että koko hänen lähiyhteisönsä huomioitaisiin. Halusimmekin opinnäytetyömme avulla tutkia, miten syömishäiriöt vaikuttavat läheisten elämään ja miten he ovat kokeneet syömishäiriökriisin.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

- Millaisia muutoksia syömishäiriökriisi toi läheisen elämään?
- Oliko läheisille saatavilla tarpeeksi tukea, neuvontaa ja ohjausta?
- Mitkä tekijät vaikuttivat jaksamiseen?

Mielestämme aihe on ajankohtainen ja polttava, sillä se koskettaa yhä enenevässä määrin ihmisiä. Useimmat ihmiset tuntevat tai ainakin tietävät henkilön, joka on sairastunut syömishäiriöön. Tämän vuoksi tietoisuus syömishäiriöiden olemassa olosta on lisääntynyt, minkä vuoksi syömishäiriöt ovatkin olleet esillä viime aikoina hyvin paljon median, kuten televisio-ohjelmien ja muiden tiedotusvälineiden kautta. Internetistä löytää muun muassa blogeja, keskustelupalstoja, artikkeleita sekä tieteellisiä julkaisuja aiheesta. Kirjoittajat ovat usein itse sairastuneita tai heidän läheisiään.

Aiheen ajankohtaisuuteen vaikuttaa myös nykypäivän kauneusihanteiden kyseenalaistaminen. Ihmiset ovat alkaneet kiinnittää enemmän huomiota siihen, millaisen roolimallin media antaa nykyajan lapsille ja nuorille. Yhteiskuntamme on muuttunut vuosien saatossa ulkonäkökeskeisemmäksi ja kauneusihanteissa korostuu laihuus, toisinaan jopa epärealistisissa mittasuhteissa. Lehtikuvastoissa näkee malleja, joiden kuvia on muokattu vastaamaan kauneusihannetta, joka ei ole fyysisesti mahdollinen. Ihmiset ovat alkaneet kritisoida tätä ja laihuuden epäterveellisyys on nostettu esiin, tuoden myös syömishäiriöt pinnalle. Tietoisuutta syömishäiriöistä on pyritty lisäämään esimerkiksi Älä laihduta – päivällä, jota vietetään vuosittain toukokuun 6. päivä.

## 6.1 Tutkimusprosessi

Aloitimme opinnäytetyöprosessimme joulukuussa 2014. Ensimmäiseksi ryhdyimme kirjoittamaan teoriaa, koska koimme, että näin meidän olisi helpompi hahmottaa lopulliset tutkimuskysymykset ja haastattelurunko. Teoriatietoa syömishäiriöistä oli paljon, mutta läheisten roolista ja kokemuksista tietoa oli haastavampi löytää. Lähteitä löytyi monien vuosienkin takaa, mutta pyrimme valitsemaan opinnäytetyöhömme mahdollisimman tuoretta tietoa. Teoriasta nousseet näkökulmat antoivat meille paljon arvokasta tietoa. Niiden avulla osasimme muodostaa haastattelukysymyksistä sellaisia, että ne mahdollistivat kokonaisvaltaisten kokemusten keräämisen. Teorian kirjoittamisen lomassa aloimme etsiä haastateltavia.

Halusimme etsiä yhteistyökumppanin, jonka kautta olisimme saaneet haastateltavia sekä kehittämisideoita. Kysyimme Syömishäiriöliitto – SYLI ry:ltä sekä FinFami ry:ltä (entinen Omaiset mielenterveystyön tukena ry) olisivatko he halukkaita jakamaan tietoa opinnäytetyöstämme. Molemmille yhteistyötahoille sopi, että he ottaisivat asiakkaisiinsa yhteyttä esimerkiksi ryhmänvetäjien ja Facebookin kautta ja kertoisivat opinnäytetyöstämme ja halukkuudestamme haastatella heitä. Teimme molemmille yhteistyötahoille saatekirjeen (Liite 2, Liite 3), jossa kerroimme haluavamme haastatella syömishäiriötä sairastavan henkilön läheisiä. Kuvailimme, mihin tarkoitukseen haastatteluja tullaan käyttämään sekä miten haastattelut toteu-

tettaisiin. Emme kuitenkaan saaneet yhteydenottoja kummankaan yhteistyötahon kautta.

Aloimme etsiä haastateltavia omien verkostojemme kautta sekä sosiaalisen median (Facebook) avulla. Yhteydenottoja tuli muutamia heti parin päivän jälkeen. Haastateltavat ottivat meihin yhteyttä nähtyään julkaisumme Facebookissa. Yhteydenotot tapahtuivat pääosin Facebookin välityksellä, mutta myös puhelimitse. Sovimme haastateltavien kanssa ajankohdan, jolloin haastattelu toteutettaisiin. Alustavat keskustelut haastateltavien kanssa sujuivat luontevasti. Osittain tähän saattoi vaikuttaa se, että haastateltavat tiesivät tai tunsivat meidät entuudestaan joko henkilökohtaisesti tai ystäviensä kautta.

Saatuamme kuusi yhteydenottoa ja sovittuamme haastattelut heidän kanssaan, totesimme, että haastateltavia oli sopiva määrä. Pidimme haastateltavaa joukkoa sopivana ja riittävän kattavana, koska haastateltavat edustivat useita eri läheisrooleja. Tiesimme, että aihe voi olla arka, eikä haastateltavia löydy helposti. Päätimme aloittaa haastatteluiden toteuttamisen sovituilla haastatteluilla. Sovimme keskenämme, että mikäli tutkimusaineistoa ei näiden kuuden haastattelun pohjalta löytyisi tarpeeksi, etsisimme lisää haastateltavia.

Haastattelut aloitimme helmikuussa 2015. Testasimme haastattelurungon sekä haastattelutilanteen yhdessä, kumpikin toimi vuorollaan haastateltavana sekä haastattelijana. Kehitimme molemmat itsellemme kuvitteellisen tilanteen, josta kerroimme. Näin saimme karsittua haastattelusta pois turhia kohtia ja lisättyä kysymyksiä, joihin halusimme saada vastauksen.

Tutkimukseemme vastasi yhteensä kuusi henkilöä. Toteutimme neljä haastattelua kasvotusten ja yhden Skypen välityksellä. Kuudennen henkilön vastaukset saimme sähköpostitse. Emme tehneet haastateltavien kanssa kirjallisia sopimuksia, koska halusimme pitää kiinni heidän anonymiteetistään. Haastattelut kestivät keskimäärin noin puoli tuntia. Alun perin haastattelut oli tarkoitus toteuttaa siten, että kumpikin meistä olisi ollut haastattelemassa. Ajankäytöllisistä ja haastateltavien toiveista johtuen toteutimme kuitenkin osan haastatteluista yksin.

Haastattelutilanteet olivat rentoja ja etenevät keskustelun omaisesti. Kaikki saatu tutkimusaineisto oli yhtenevää aineistonkeruumenetelmästä riippumatta. Skypen

välityksellä tehty haastattelu ei poikennut muista haastattelutilanteista, koska välilämme oli videoyhteys. Sähköpostitse tehty kysely ei myöskään poikennut laadultaan muusta tutkimusaineistosta, koska haastateltava oli vastannut kysymyksiin laajasti haastattelun tavoin ja meillä oli mahdollisuus esittää halutessamme lisäkysymyksiä.

Jaoimme haastattelut puoliksi litteroinnin osalta aikaa säästääksemme. Litteroidut haastattelut kävimme yhdessä läpi ja etsimme haastatteluista esiin tulleita teemoja. Teemoiteltuamme haastattelut ryhdyimme analysoimaan aineistoa ja etsimään vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Teemoittelu on yksi laadullisen aineiston analyysimenetelmistä, jossa etsitään haastattelujen ja teorian yhdistäviä tai erottavia tekijöitä, teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teemoja voidaan muodostaa aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti. Käytimme opinnäytetyössämme aineistolähtöistä sisällön analyysimenetelmää. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä tärkeimpänä työkaluna on kerätty aineisto, tässä tutkimuksessa haastattelut. Haastattelut litteroidaan ja muodostetaan siten luettavaksi tekstiksi. Tekstiä luettaessa ja tutkittaessa muodostuu tutkijalle käsitys vallitsevista teemoista. (Laadullisen tutkimuksen analyysitapoja. [Viitattu 13.4.2015].) Teemat muodostimme haastattelujen pohjalta. Opinnäytetyömme teemoiksi muodostuivat tunteet ja ajatukset, vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin, muutokset arjessa, tuen ja tiedon saaminen, voimavarat sekä syömishäiriökriisin vaikutukset nykypäivään. Teemoittelussa aineisto pienitään osiksi ja nostetaan esiin tutkimusongelmia selittäviä teemoja. Aineisto kootaan sellaiseen muotoon, joka tuottaa hyödyllistä tietoa itse tutkimuksesta. (Silius 2008.)

Teemoittelussa on tarkoituksena koota ja analysoida aineistoja teemojen mukaan. Tässä aineiston analyysissä on tyypillistä käyttää haastatteluista ilmi tulleita haastateltavien lainauksia, sitaatteja, jotka havainnollistavat tutkimusaineistoa lukijalle. Lisäksi sitaattien käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkija vakuuttaa lukijalle aineiston olemassa olosta käyttämällä analyysissään sitaatteja aineistosta. Teemoittelussa on tärkeää kommentoida ja yhdistellä tutkimustuloksia, jotta aineisto ei jäisi pelkästään sitaattien varaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)



## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus, pätevyys ja eettisyys

Tutkimusta tehdessä suunnittelu- ja toteutusvaiheessa on mietittävä tutkimuksen luotettavuutta (*reliabiliteetti*) sekä pätevyyttä (*validiteetti*). Laadullisessa tutkimuksella luotettavuudella tarkoitetaan tutkimusaineiston analysoimisen ja käsittelyn luotettavuutta. Pätevyydellä puolestaan tarkoitetaan sitä, vastaako tutkimus siihen kysymykseen, johon sillä pyritään saamaan vastaus. Pätevyys liittyy niin aineistoon, havaitsemiseen kuin tulkintaan: vastaako aineisto tutkittavaan asiaan, havainnoidaanko oikeita asioita ja tulkitaanko havainnot oikein. Luotettavuus korostuu etenkin tutkimustuloksia tehdessä. Pätevyyden ja luotettavuuden myötä muodostuu tutkimuksen kokonaisluotettavuus. (Anttila 1998a; Anttila 1998b; Vilka 2005, 161).

Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi on tärkeää, että tutkimusaineisto on sellaisessa muodossa, että sitä pystytään tarkastelemaan tutkimuksen aikana useaan otteeseen. (Anttila 1998a) Luotettavuuden vuoksi nauhoitimme ja litteroimme tekemämme haastattelut. Nauhoituksen avulla pystyimme välttämään virheitä, jotka olisivat voineet johtua esimerkiksi väärin tai epäselkeästi kirjoitetuista muistiinpanoista tai virheellisestä muistikuvasta (Vilka 2005, 162). Litteroituja tekstejä oli helpompi hahmottaa ja teemoitella. Pystyimme tutkimustuloksia tehdessämme palaamaan uudelleen haastateltavien puheenvuoroihin ja tarkastelemaan niitä. Lisäksi kykenimme käsittelemään useampaa haastattelua samanaikaisesti etsiesämme niistä yhteisiä piirteitä.

Luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkimuksen arvioitavuus ja uskottavuus. Tutkimuksen arvioitavuutta lisää nähtävissä oleva tutkimusaineisto, jonka pohjalta lukija voi tarkastella tutkijan tekemiä johtopäätöksiä. Nähtävissä oleva tutkimusaineisto myös lisää tutkimuksen uskottavuutta, sillä tutkimusaineiston avulla lukija näkee, mihin tutkimustulokset perustuvat. (Anttila 1998a). Omassa tutkimuksessamme toimme esiin haastateltavien suoria lainauksia melko paljon, sillä mielestämme niiden avulla kykenimme parhaiten saamaan läheisten äänen kuuluviin. Näin myös lukijalle annettiin mahdollisuus nähdä, minkä pohjalta tutkimustuloksemme ovat muodostuneet. Myös tutkimusprosessin tarkka kuvailu antaa lukijalle enemmän tietoa ja tästä syystä olemme kuvailleetkin tutkimuksemme lähtökohdat, vaiheet ja etenemisen. Tutkimuksemme raportti ja kuvaus ovat yhtenäiset, mikä myös lisää

tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232). Oman työn luotettavuutta voi arvioida myös vertaamalla sitä muihin tutkimuksiin (Vilkkä 2005, 162). Samasta aiheesta tehtyjen tutkimusten lopputulokset olivat hyvin samansuuntaista kuin meidän tutkimuksestamme saadut lopputulokset, kuten jo pääpiirteittäin se, että syömishäiriöt vaikuttavat myös läheisiin.

Jotta tutkimuksesta tulisi pätevä, on pätevyyttä mietittävä koko prosessin ajan laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimusaineistoa analysoidessa on mietittävä tutkimuskysymyksiä, omia oletuksia, teorian tietoa sekä näiden välistä yhteyttä. (Anttila 1998b.) Itse aloitimme tutkimuksemme tekemisen keräämällä teorian tietoa, jonka pohjalta loimme oletuksemme, joista puolestaan muodostimme tutkimuskysymyksemme. Rakensimme haastattelurungon tutkimuskysymystemme ympärille, jotta saisimme oikeanlaista aineistoa tutkimukseemme. Heijastimme tutkimustuloksia kootessamme haastateltavien vastauksia jatkuvasti teorian tietoon sekä tutkimustuloksiimme.

Tutkijan oman toiminnan lisäksi pätevyyteen vaikuttaa tutkimusasetelma. Tutkijan täytyy osata valita oikeanlainen kohderyhmä sekä pystyä kokoamaan aineisto, joka vastaa tutkittavaan asiaan. (Anttila 1998b.) Tutkimuksemme aihe rajasi kohderyhmämme selkeästi, eikä näin ollen syntynyt epäselvyyttä siitä, kuka haastateltavaksi sopi. Aineiston keräämiseen soveltui parhaiten teemahaastattelu, jonka avulla saimme koottua haastateltavilta vapaamuotoiset vastaukset valitsemiemme teemojen pohjalta. Näin haastateltavat saivat tuottaa myös itse esiin niitä seikkoja, joita he pitivät tärkeinä. Tämä oli tutkimuksemme kannalta tärkeää, sillä halusimme tuoda esiin juuri läheisten näkökulman esiin sellaisena, kuin he sen kokivat. Haastateltavien puheenvuoroista löysimme runsaasti yhteneväisyyksiä, mikä tukee tutkimuksen yleistettävyyttä. Tutkijan onkin mietittävä onko tutkimus yleisesti pätevä, eli voidaanko tutkimustulokset yleistää yleisesti esimerkiksi yhteiskunnassa (Anttila 1998b).

Tutkimuksen luotettavuuden ja pätevyyden lisäksi myös tutkimuksen eettisyydestä on huolehdittava. Tutkimusta tehdessä on oltava rehellinen, tarkka ja huolellinen, niin aineistoa kerätessä kuin tutkimustuloksista raportoitaessa ja arvioitaessa. Tutkijan täytyy arvioida kriittisesti löytämänsä lähdemateriaalia sekä on omassa tekstissään tuotava ilmi, mikä on hänen omaa tekstiään ja mikä toisten kirjoitta-

maa. Muutoinkin tutkimusraportista tulee löytyä asianmukaiset viittaukset lähdemateriaaliin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [Viitattu 4.4.2015].) Tutkimusta tehdessämme pyrimme käyttämään mahdollisimman uutta teorial tietoa. Vanhem paa teorial tietoa käytimme sellaisissa yhteyksissä, joissa tieto ei vanhene ajan ku luessa. Suurin osa käyttämästämme lähdemateriaalista oli asiantuntijoiden kirjoit tamaa. Merkitsimme lähdemateriaalimme niin tekstiin kuin lähdeluetteloonkin.

Tutkimusta tehdessä on muistettava myös lupa-asiat, kuten tutkimusluvut ja sopi mukset tutkimuksen tekemisestä ja siihen osallistumisesta. Hyviin eettisiin käytän töihin kuuluu noudattaa tehtyjä sopimuksia ja tietosuojaa. (Tutkimuseettinen neu vottelukunta [Viitattu 4.4.2015].) Yhteistyötahoille teimme tutkimuslupahakemukset sekä allekirjoitimme heidän kanssaan sopimuksen opinnäytetyöstä. Muita sopi muksia emme heidän kanssaan tarvinneet. Lopulta yhteistyötä ei varsinaisesti syntynyt, koska heidän kauttaan ei löytynyt haastateltavia.

Etsiessämme haastateltavia, tarjosimme heille mahdollisuuden esiintyä anonyymi na. Halusimme pitää lupauksestamme kiinni, emmekä siis vaatineet heitä kirjoit tamaan sopimusta tai suostumusta haastatteluun, sillä silloin heidän anonyymi u tensa ei olisi toteutunut. Haastatteluiden tekeminen ilman sopimusta oli mahdollista, koska kaikki haastateltavamme olivat yli 18-vuotiaita ja päätäntäval taisia. Näin ollen ei ollut vaaraa siitä, että haastateltavat eivät olisi tienneet mihin suostuvat tai että he eivät olisi pystyneet huolehtimaan omista oikeuksistaan. Ker roimme haastateltavillemme mistä haastattelussa on kyse, mihin tarkoitukseen tietoja tullaan käyttämään ja miten. Pyysimme heiltä luvan nauhoittaa haastattelut litterointia varten ja tämä sopi kaikille haastateltaville. Haastatteluista poistimme yksityiskohtia, joista haastateltavat mahdollisesti olisi voinut tunnistaa. Saatuamme tarvittavat tiedot, tuhosimme nauhoitukset sekä alkuperäiset litteroinnit.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseemme osallistui kuusi henkilöä, joista neljä (4) oli naisia ja kaksi (2) miehiä. Ikäjakauma haastateltavien keskuudessa vaihteli, nuorin haastateltavista oli 22-vuotias ja vanhin 51-vuotias. Haastateltavien suhde syömishäiriötä sairastavaan vaihteli. Haastateltavina olivat äiti, isä, isosisko, poikaystävä sekä läheinen ystävä. Yhteistä heille oli kokemus läheisen syömishäiriöstä. Haastateltavien kertomissa sairaustapauksissa ilmeni useita yhteneväisyyksiä, kuten että kaikki sairastuneet olivat tyttöjä ja sairastuneet anoreksiaan nuorella iällä, viisi haastateltavista noin 17-vuotiaana ja yksi noin 16-vuotiaana. Kaikkien haastatteluissa sairastunut oli käynyt läpi hoitoprosessin ja toipunut anoreksiasta kokonaan tai osittain.

Tutkimustuloksemme tuomme esiin löytämiemme teemojen kautta. Teemoina olivat tunteet ja ajatukset, vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin, muutokset arjessa, tuen ja tiedon saaminen, voimavarat sekä syömishäiriökriisin vaikutus nykypäivään. Halusimme tuoda haastateltavien kokemukset julki sellaisina, kuin ne meille kerrottiin. Tästä syystä otimme työhömmme mukaan suoria lainauksia haastatteluista.

Kaikki haastateltavat kuvasivat syömishäiriön vaikuttaneen heidän elämäänsä. Syömishäiriön myötä jännitteet lisääntyivät läheisverkoston sisällä. Haastatteluista ilmeni, että kokemuksen voimakkuus vaihteli ja etenkin perheenjäsenten syömishäiriöt koettiin voimakkaasti.

”Kyllä se vaikuttaa aika suuresti. Niinku mä sanoin, et jos joku perheestä sairastaa niin kyl se vaikuttaa koko perheeseen aika pitkälti.” (Isä)

”Se sairaus vaikuttaa koko perheeseen ja on semmone, niinku vaikka olis kuinka avoin perhe, niin on semmonen tietty peikko ja on semmonen jännite koko ajan olemassa ja kaikessa se on mukana.” (Sisko)

”Ehkä jos se olis ollu joku perheenjäsen nii sitte ehkä joo se olis voinu olla ihan kriisi. Mutta ei se... ei se ollu.” (Ystävä)

## 7.1 Tunteet ja ajatukset

Haastateltavat kokivat erilaisia negatiivisia tunteita syömishäiriökriisin aikana. Kriisin kuvailu ohi haastateltaville osittain vaikeaa, tarkkoja sanoja tai määritelmiä ei aina löytynyt. Tunnetiloista haastateltavat toivat esiin muun muassa epätoivoa, pelkoa ja surua. Tunteet kohdistuivat sairastuneeseen, tilanteen hallintaan sekä tulevaisuuteen. Syömishäiriön myötä tulleita muutoksia oli hankala ymmärtää ja osittain se aiheutti suuttumusta. Osa haastateltavista kuvasi sitä, että olisi halunnut auttaa syömishäiriötä sairastavaa henkilöä, mutta tarvittavia toimintamalleja ei ollut käytössä.

”Epätoivottomuus siinä tilanteessa kun siihen joutui, et mitä tästä nyt eteenpäin.” (Äiti)

”Oli aika hankala ymmärtää ja tuntu vähä niinku siltä, että ei olis sitä siskoa enää, se oli pois se sisko jonka kans oli sitä aikaa tottunu viettään.” (Sisko)

”Sellanen toivottomuuden tila itellä, et ei niinku pystyny millään lailla auttamaan, vaikka tiesi, et mitä ois pitäny tehdä. Mutta ei pystyny mitään tekemään.” (Isä)

”...se justiin että mä suutuin. Tai en ehkä siitä, että se sairastui. En todellakaan siitä suuttunu. Mutta ehkä siitä, että se minkälaiseksi se ihminen tavallaan sit muuttui.” (Ystävä)

”Semmosta mustaa, harmaata, ajatusta -- semmonen musta harmaa alue, jonka haluais unohtaa.” (Äiti)

Haastatteluista kävi ilmi, että osa läheisistä koki epäonnistuvansa auttajana tai muussa roolissaan. Sairastumiselle ja tilanteelle etsittiin syyllistä ja oman toiminnan vaikutusta pohdittiin. Voimattomuuden tunne oli haastateltavilla kriisin aikana hyvin paljon läsnä. Omille tunteille ei kuitenkaan ollut aikaa tai tilaa ja osa läheisistä kertoi joskus joutuneensa tukahduttamaan omia tunteitaan syömishäiriökriisin aikana.

”Kait sitä oli melko pettynyt ja vihainen itselle, kun ei ollut tajunnut puuttua asiaan aiemmin.” (Poikaystävä)

”En mä ikinä ilmaissu itte, että miltä musta tuntuu niissä palaverissa. Ja koska (NIMI) tilanne oli niin huono, niin en mä uskaltanu missään vaiheessa sanoa niille hoitajille mitään.” (Sisko)

”Huomasin yhtäkkiä olevani tosi väsynyt ja kait siinä jonkinlaista stressiä tai lievää masennusta oli ilmassa.” (Poikaystävä)

”...Mä oon isosisko niin se, että minkälaisen mallin antaa. Tuntu niinku epäonnistuvansa -- syyllisyys siihen ja sitten että justiin että ei oo antanu hyvää isosiskon mallia.” (Sisko)

Osa läheisistä kuvaili diagnoosin saamisen tuoneen helpotusta syömishäiriökriisin aikana. Oireille ja läheisten kasvavalle huolelle saatiin selitys, kun tiedettiin, mistä oli kyse ja mitä lähdettiin hoitamaan. Diagnoosin myötä syömishäiriökriisissä koettiin muutos, kun epätietoisuuden tilalle tulikin tietoisuutta ja asiota ryhdyttiin muuttamaan.

”Tiesi mistä tässä ny on kysymys, koska sitä on aika epätietonen tuolla aikaa ku ei, ei tiä mikä siinä oikeen on se lopullinen syy.” (Isä)

”Tavallaan oli helpotus, et siinä tuli se diagnoosi. Se varmuus siitä ja että sitä lähdettiin hoitamaan.” (Äiti)

Syömishäiriökriisi vaikutti haastateltavien omiin kokemuksiin ja tunteisiin, mutta osa haastateltavista kuvasi syömishäiriön ja siihen liittyvän kriisin vaikuttaneen tunnelmaan lähipiirissä yleisesti. Vaikutukset ulottuivat kriisin alusta toipumiseen saakka, mutta osittain myös toipumisen jälkeiseenkin aikaan.

”Se tunnelma oli muutaman vuoden alakuloisempi ja sellanen hermostuneempi. Tai oikeastaan se oli aika paljonkin hermostuneempi ja sellanen.. alakuloisempi. Mä en oo esimerkiksi ikinä nähny, että iskä itkis. Oikeen niinku... niinku että se olis surullinen. Mut yks jouluki me kaikki itkettiin.” (Sisko)

## 7.2 Vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin

Haastateltavat kokivat, että syömishäiriökriisi vaikutti heidän ja sairastuneen väliseen suhteeseen. Haastatteluista korostui sairastuneen eristäytyminen sosiaalisista verkostoistaan. Eristäytymisen vuoksi yhteydenpito ja keskusteleminen oli sai-

rastuneen kanssa hankalaa. Eristäytyminen tapahtui fyysisesti, kuten sulkeutumalla omaan huoneeseen tai välttelemällä yhteydenpitoa, mutta myös psyykkisesti.

”Se meni niin omaan maailmaansa, eikä se ollu oikein kenenkään kans yhteydes. Eikä se ollu enää yhtään oma ittensä, et se ei niinku nauranu asioille tai...” (Ystävä)

”Lapseen ei saanut kontaktia, hyvin vaikea lähestyttävä. Aina omissa oloissaan oleva. Vaikka yritit kuinka lähestyä häntä, hän halusi olla aina yksin.” (Äiti)

”Yritin olla paljon yhteyksis. Mut eipä se juurikaan vastannu viesteihin tai puheluihin...” (Ystävä)

Suurin osa läheisistä koki suhteen etääntyneen muun muassa tämän vuoksi. Haastatteluista ilmeni, että sairastunutta oli vaikea lähestyä ja heidän välilleen muodostui ”kuilu”. Haastateltavat kuvasivat, miten yhteiset puheenaiheet ja vapaa-ajan vietto vähenivät. Entiset yhteiset tekemiset eivät enää onnistuneet, mutta tilalle oli hankala keksiä uutta tekemistä. Etääntyminen tapahtui vähitellen ja tiedostamatta.

”Näimme paljon vähemmän toipumisvaiheessa ja siinä sitten välit kylmenivät tai päädyimme ystäviksi.” (Poikaystävä)

”Mun siskoki alko sit eristäytyä tavallaan, että ei sitte halunnu lähteä vaikka mun kaa jätskille tai muuta sellasii juttuja mitä aikasemmi oli voinu tehdä ihan koska vaan ja sitten ehkä tuli semmonen välimatka siihen, että ei ollu niitä yhteisiä asioita mistä puhua. Kyllä me siis oltiin läheisiä myös sillo, mut kyl se sairaus ajo meidät sillai erilleen, et ei ehkä keskusteltu mitään syvällisiä asioita tai muuta ja ei tehty paljoo asioita yhdessä.” (Sisko)

”Piti vaan hyväksyä, et nyt on sairas ihminen ja hänen kanssaan ei voi tehdä tiettyjä asioita ja se teki sen kuilun siihen väliin.” (Sisko)

Syömishäiriö ei kuitenkaan etäännyttänyt suhdetta pysyvästi, vaan osa haastateltavista kuvasi kriisin lopulta lähentäneen suhdetta sairastuneen kanssa. Asioista kyettiin lopulta puhua avoimesti ja rohkeammin. Välillä olevat jännitteet poistuivat osittain tai kokonaan.

”Kyllähän se jossain vaiheessa... oli etäisyyttä. Mutta sairauden jälkeen mun mielestä välit on lähentyny.” (Isä)

”Ollaan tultu tosi läheisiksi, et puhutaan lähestulkoon kaikista asioista toisillemme ja on palautunu semmonen luottamus, ja sen lisäksi on paljo yhteisiä harrastuksia ja se yhdessä tekeminen on muuttunu ihan erilaiseks ny ku ei oo semmosta jännitettä siinä välis.” (Sisko)

”Mut nyt sitte se on taas palautunu se suhde tosi hyväks ja läheiseks.” (Sisko)

Sen lisäksi, että syömishäiriö vaikutti läheisten ja sairastuneen väliseen suhteeseen, vaikutti se myös läheisten muihin ihmissuhteisiin. Läheisten energia kohdistui enemmän sairastuneeseen henkilöön, jonka seurauksena omia ihmissuhteita ei jaksettu hoitaa yhtä hyvin kuin ennen. Läheiset kuitenkin kokivat saaneensa positiivisen ja ymmärtävän vastaanoton kerrottuaan syömishäiriöstä lähipiirilleen.

”Voi sanoa, että eihän siinä kyllä paljo mitään ulkopuolisia sosiaalisia suhteita sillä hetkellä hoidettu.” (Äiti)

”Tuli sit hirveesti myötätuntoa ja ymmärrystä, kun ne sai sitte tietää.” (Sisko)

### 7.3 Muutokset arjessa

Syömishäiriö ja siihen liittyvä kriisi muokkasivat haastateltavien normaalia arkea. Haastateltavien puheenvuoroista kävi ilmi, että huoli tilanteesta sekä sairastuneen suhtautumisesta asioihin toi haasteita arkeen. Myös sairauden tuomat rajoitteet muuttivat perheen arkea huomattavasti. Arjen muutokset heijastuivat esimerkiksi ruokailutilanteisiin ja omaan ajankäyttöön.

”Siin oli sellanen pieni epävarmuus tilanne joka ruokailun yhteydessä, et mitenkähän tämä ny menöö vai tulooko täs joku hirviä kriisi taas täs ku pitää alkaa ruokailemaan.” (Isä)

”Ja sit ku ei pystyny lähtee mihinkään, ku kaikki piti suunnitella sen mukaan, et mitä syödään ja millo syödään. Ne ruoka-ajat oli niin minuutin tarkkoja, et ei voinu, et jos tasan 12 oli ruoka-aika niin 12.01 oli liian myöhä alkaa syömään.” (Sisko)



”Kyllähän se tottakai vaikutti, kun yritti pyrkiä siihen, että menis, kun siellä on se vierailuaika. Kun tuli koulusta kotiin, nii sitte miettii, että miten hoitaa omat kaverit ja oman asunnon ja tälläset ihan perusjutut, että pääsis sitten (NIMI) kattomaan. -- Piti omat menot sopia niin, että niille viikonlopuille ei ollu mitään kun (NIMI) menee kotiin, että olis sitten itekkin sielä kotona.” (Sisko)

”Et nyt en vaan jaks, et tuli itelle sellanen stoppi kaikesta tavallisesta elämästä, et halus vaan elellä, eikä stressata mistään. -- Oli niin paljo sitä murhetta, et vähä se oma elämä tyssäs sitte siinä kohtaa, tavaltaan hetkellisesti meni paussille.” (Sisko)

Haastateltavien keskuudessa oli eroa siinä, miten he kokivat syömishäiriökriisin vaikuttaneen heidän työhönsä tai kouluun. Joidenkin haastateltavien kohdalla syömishäiriökriisi heikensi jaksamista töissä ja koulussa, mutta toisaalla taas työ toimi pelastavana tekijänä kriisin keskellä. Joidenkin kohdalla kriisillä ei nähty olevan vaikutusta työhön tai kouluun.

”Koulu oli raskasta ja se vähensi entisestään jaksamista -- oli vaikeaa motivoida itsensä sinne.” (Poikaystävä)

”Ei se siihen vaikuttanu, koska se oli kuitenkin tehtävä se työ.” (Isä)

”Työ oli se, joka auttoi pitämään sen oman päään arjessa mukana.” (Äiti)

”Ei se mitenkään koulumenestykseen tai henkilökohtaiseen koulunkäyntiin vaikuttanut.” (Ystävä)

”Mä olin ite tosi väsyny ja sen takia en menny kesällä kesätöihin. Et olin sen kesän ihan vaan.” (Sisko)

Haastateltavien mukaan sairastuneen kanssa oli erilaista viettää vapaa-aikaa kuin ennen ja myös harrastukset kärsivät. Lisäksi läheisten täytyi huomioida sairauden tuomat rajoitteet.

”Oli hankalaa keksiä, miten viettää aikaa yhdessä. Ku ei ollu mitään oikeesti tekemistä, tai sillee et mitä ois voinu tehdä yhdessä ja tottunu aikasemmin tekeen.” (Sisko)

”Ja sit just kaikki jos mentiin vaikka juhlimaan, niin oli se niin erilaista.” (Ystävä)

”Harrastukset kanssa kärsivät väsymisen takia.” (Poikaystävä)

”Joskus saatto olla jotain sellasta että piti vähä puolustella tai sillai. Jos joku vaikka isommas porukas sano, et lähetää mäkkäriin syömään ja tiesin, ettei se mun ystävä halua tulla sinne, nii sitte vähä yrittää olla että eikö ny mikää muu kävisi.” (Ystävä)

Haastateltavien mukaan oli vaikea olla ajattelematta syömishäiriötä arjen keskellä. Syömishäiriö ohjasi arkea hyvin pitkälti ja aiheutti huolta. Etenkin uudet tilanteet lisäsivät huolta.

”Mut se jatkuva, et se oli niinku koko ajan mielessä, et mihkä suuntaan täs ny lähetään.” (Isä)

”Täysin. Sillo riitti pahimpina aikoina, se oli sitä, ympäri vuorokauden.” (Isä)

”Varsinkin jos oltiin jossain muualla ku koto-oloissa, elikkä sanotaan juhlatilaisuuksissa, siellä oli aina niinku semmonen huoli, et mitenkähän tää ny menee täällä.” (Isä)

Taloudelliseen tilanteeseen haastateltavat eivät kokeneet syömishäiriökriisin vaikuttaneen juurikaan. Vain yksi haastateltavista puhui sairaalamaksuista, mutta nekään eivät olleet varsinaisesti vaikuttaneet taloudelliseen tilanteeseen Kelan korvausten ansiosta.

”Sairaalamaksuja siitähän ny tuli -- oli se pienin sairaalamaksu -- Kela makso sen sitte, et se meni niinku ylitte sen että -- ei vaikeuttanu meidän taloudellista tilannetta.” (Äiti)

## 7.4 Tuen ja tiedon saaminen

Tuen ja tiedon saaminen syömishäiriökriisin aikana on tärkeää, mikä tulee ilmi myös haastateltavien vastauksista. Osa haastateltavista kertoi itse etsineensä tietoa esimerkiksi Internetin kautta, koska eivät olleet muualta tietoa saaneet. Haastateltavien puheista tuli esiin etenkin alussa saadun tiedon puutteesta.

”En oikeestaan saanu mistään muualta, sitte ku diagnoosi varmistu, niin oikeestaan vasta netin kautta ensimmäisellä kertaa. Ei mistään muualta saanu.” (Isä)

”Tässä vaiheessa ei niinku tullu tukea mistään eikä tietoa mistään, miten toimia, että ite niinku piti etsiä sitä toimintamallia ja tietoa sillä hetkellä.” (Äiti)

”Todennäköisesti meille on annettu jotakin lappuja kotiin missä lukee yleistä tietoa anoreksiasta. Mun mielestä se oli joku tällänen pieni opas.” (Sisko)

”Mä ite aika aktiivisesti etin tietoo, netistä pääasiassa ja sitten kyllä aika paljon tarjottiin.” (Sisko)

”Yleensä tietoa siitä jutusta, siis anoreksiasta, siitä tuli sellasta tietoa, et miten sitä pitäis käsitellä sitä sairautta ja sairastunutta.” (Isä)

Hoitotahon järjestämät palaverit koettiin hyödyllisiksi ja tärkeäksi osaksi hoitoprosessia. Näissä palavereissa haastateltavien mukaan käytiin läpi kokonaisvaltaisesti hoitoprosessin kulkua. Palaverit pitivät läheiset tietoisina tilanteesta ja sairauden hoitoa sekä toipumista oli palaverien ansiosta ehkä helpompi ymmärtää.

”Eli nää palaverit oli hyviä ja tärkeitä, ja näihin palavereihin mun mielestä pitäis velvoittaa vanhemmat ja koko perhe osallistumaan, koska nää anto sen kuvan siitä, missä tällä hetkellä ollaan ja missä, minne ollaan menossa, mihin pyritään.” (Äiti)

”Pieni muistikuva, että oli joku yks, et siinä käytiin läpi just sitte jotain meidän tuntemuksia tai, että miten on kotona lähteny, esimerkiksi silloin ku (NIMI) ei asunu kotona vaan laitoksessa, että miten meillä on lähteny arki rullaamaan.” (Sisko)

”Ne oli yleensä hyviä ne perhetapaamiset siellä, niistä tuli kans sitä tietoa ja oltiin koko ajan ajan tasalla et missä siellä ny mennään, et se oli niinku se tärkein pointti mun käsittääkseni.” (Isä)

Jotkut kokivat palaverit kuitenkin ahdistaviksi eivätkä kokeneet saavansa niistä tai muualta sellaista tukea, neuvontaa ja ohjausta, kuin olisivat kaivanneet.

"Se perheterapia, missä oltiin me läheisimmät ihmiset, niin se ei johd-  
tanu oikeestaan mihkään -- ja ehkä se ei antanu meille mitään sillä  
lailla, koska me oltiin perheenä todella tiivis yhteisö." (Äiti)

"Toisaalta se oli hyvin ahdistavaa että lähdetään -- niin kaukaa hake-  
maan sitä, että mitä on tapahtunut -- pitäis olla se pointti että yritetään  
saada se lapsi tervehtymään eikä se, että ettitään syyllistä asioihin."  
(Äiti)

"Ite hakeduin kerran koulupsykologille jutteleen, mut en kokenu sitä  
mitenkään hyödylliseksi. Se ei ollu yhtään mun juttu eikä yhtään sellan-  
nen luonteva tilanne, eikä tarjonnu oikeastaan apua, vaan se oli sitä  
kuuntelua mitä mä sain sitte ystäviltä ja läheisiltä niin paljon muuten-  
kin, se ei tuntunu siltä että ois ollu hyödyksi." (Sisko)

Lisäksi osa haastateltavista koki, että heitä ei otettu riittävästi huomioon hoidossa  
tai muutoinkaan prosessin aikana. Hoito keskittyi pääosin sairastuneeseen ja hä-  
nen hyvinvointiinsa.

"Se hoito keskittyi koko ajan (NIMI). Että meistä ei, tai ainakaan mä en  
muista että oltais käsitelty ja jos ollaan käsitelty meitä henkilökohtai-  
sesti jossakin tapaamisissa, niin ainakaan mä en muista sitä, siitä ei  
oo ollu sitte mitään suurempaa apua." (Sisko)

"No minua ei kyllä tuettu lainkaan. Kaikki apu olisi ollut tarpeen omien  
tunteiden kanssa, mutta kait sitä ajateltiin, että tämä meidän suhde on  
tällöinen lukioajan rakkaus tai jotain. Eli vähäteltiin ja vaikka suhde  
ei kestänytkään, niin oli ne sen ajan tunteet aitoja, joten en ymmärrä  
vieläkään sitä vähättelyä. -- sehän oli meidän elämän tärkein juttu se  
parisuhde ja tämä asia sivuutettiin mallikkaasti." (Poikaystävä)

"Osittain oli samanarvoinen, et oli niinku perheenjäsen. Mutta toisaalta  
sitten kun porukat on vanhempia, niihin ehkä kiinnitettiin enemmän  
huomiota." (Sisko)

"Yksilötasolla perhettä ei sinänsä otettu huomioon." (Äiti)

Hoitoprosessiin osallistumisen lisäksi läheisille oli saatavilla erilaisia tukimuotoja,  
kuten perheterapiaa ja vertaistukea. Muutamat haastateltavat mainitsivat, että ver-  
taistukiryhmiä oli tarjolla, mutta tätä tukimuotoa ei heistä kukaan käyttänyt kriisin  
aikana. Osalle läheisistä vertaistukiryhmää ei ollut tarjottu missään vaiheessa ja  
yksi haastateltavista kertoi löytäneensä vertaistukiryhmän Internetistä.

”Jossakin vaiheessa myöhemmin, loppupuolella, -- tuli ilmoitus että olis tämmönen ryhmä, johonka vois mennä, mutta mun mielestä mä en sinne halunnu mennä.” (Äiti)

”Mun mielestä tarjolla sellanen syömishäiriöisten läheisille semmonen vertaistukiryhmä, mut en sitten ikinä missään vaiheessa... sitä ei meille muille perheenjäsenille ikinä tarjottu. Et se oli sitte, ite netistä löysin, mut en sit ikinä sinne menny.” (Sisko)

”Ei kuitenkaan lähetty, koska täällä lähellä niitä ei ollu. Ois pitäny lähteä (PAIKKAKUNTA). Ei koettu sitä tarpeelliseksi siinä vaiheessa.” (Isä)

”Me käytiin perheen kanssa pari kertaa semmosessa perheterapiassa, missä sitte keskusteltiin tavallaan et mitä se tarkoittaa, että sisko on sairastunu.” (Sisko)

Haastateltavat olisivat kaivanneet enemmän tietoa ja tukea kriisin aikana, mutta myös kriisin jälkeen. Etenkin yksilöllisen tuen tarve korostui heidän puheissaan. Haastateltavien vastauksista ilmeni, että heidän kaipaamansa tuki olisi voinut olla yksinkertaisesti kuuntelua, ymmärrystä ja läsnäoloa.

”No ihan olisi riittänyt vaikka koulukuraattorille puhuminen. Kunhan olisi jonkinlaista ulkopuolista tukea saanut.” (Poikaystävä)

”Että oltais kuunneltu meitä läheisiä, et ku se koskettaa myös aika paljon muita, jotka siinä seuraa sivusta. Et muutaki ku 'voi voi et on hankalaa', et tavallaan myös sitä ymmärrystä siihe.” (Sisko)

”Jos mä nyt saisin päättää, niin mä haluaisin vaikka tänä päivänäkin käydä juttelemas siitä asiasta jollekin edes pari kolme kertaa. Mutta en mä sitte tiedä onko se enää mahdollista.” (Sisko)

”Siinä vaiheessa, ku se diagnoosi tuli, niin kyllä siinä ois sitä infoa voinu enemmän tulla, kun että sitä netin kautta haetaan. Koska kuitenkin siinä oli ammattilaisia, jotka sen diagnoosin anto. Niin sieltä kautta ehkä vois enemmän lähestyä sitä perhettä ja neuvoa.” (Isä)

”Vaikka perhetapaamisia on, siihen pitäis kuulua sellaista yksilötyötä niitten kaikkien perheenjäsenten kanssa.” (Sisko)

”Sen ei tarte olla niiku mitää kummempaa, kunhan vaan joku kuuntelis ja saisi kertoa miltä tuntuu ja sai ihmetellä ääneen sitä asiaa.” (Sisko)

## 7.5 Voimavarat

Vastauksista erottui, että kantavia voimavaroja läheisille kriisin keskellä olivat ihmissuhteet. Erityisesti perheen merkitys korostui vastauksissa perheenjäsenten vastauksissa. Myös kaveripiirillä oli oma paikkansa tuen antamisessa.

”Sitten tietenkin oma mies ja muut läheiset siinä, et oma perhe oli niinku, yhdessä käytiin läpi tätä prosessia, ja oltiin yhtenäinen.” (Äiti)

”Kaikki läheiset ihmiset, ystävät ja poikaystävä ja sit vanhemmat on ollu kyllä semmosia, että meillä oli valmiiks jo tosi läheiset välit.” (Sisko)

”Se sanoi, että sille voi aina soittaa ja aika usein mä sille soittelinkin, että kun oli joku kriisin poikanen siitä että (NIMI) tilanne oli huonontunut tai ei oltu päästy tavoitteeseen. Niin kyllä mä sitte sille kaverille aina soitin.” (Sisko)

”Kyllä mä koen, että meillä on aina ollu tosi tiivis perhe. Se, että perheen kanssa käytiin niitä läpi ja sitte oli muutama hyvä kaveri kelle pysty siitä puhumaan -- mutta eniten mä ehkä koen sen meidän perhedynamiikan mikä meillä on, se on ehkä ollu se kaikista paras.” (Sisko)

Läheiset olivat saaneet voimavaroja myös omista harrastuksistaan ja vapaa-ajan vietostaan. Etenkin luovat harrastukset, kuten urheilu ja musiikki korostuivat haastateltavien puheista.

”Jos halus yksin purkaa niitä omia ajatuksia niin sitten lähti lenkille tai jotakin urheilua tai musiikkia – jompaa kumpaa.” (Sisko)

”Harrastuksissa sai unohtaa tai tyhjätä päätä hieman. Musiikki oli myös tärkeää, muistelin kuunnelleeni epätavallisen paljon musiikkia juuri tuolloin.” (Poikaystävä)

Syömishäiriökriisin aikana jaksamiseen vaikuttivat myös muut elämäntapahtumat. Osa haastateltavista koki muiden kuormittavien tekijöiden vähentäneen jaksamista syömishäiriökriisin keskellä.

”Mulla oli muutenki ollu tosi rankka se kevät ku toinen mielenterveys-sairastuminen oli lähipiirissä sillo samoihin aikoihin.” (Sisko)

## 7.6 Syömishäiriökriisin vaikutus nykypäivään

Toipumisesta huolimatta, huoli sairastuneesta ei ole poistunut täysin, vaan on osa läheisen elämää vielä nykypäivänäkin. Lisäksi sairauden tuomat muutokset rajoittavat yhteistä toimintaa vielä nykyäänkin.

”Mut kyllä se siellä takaraivos aina on ja huoli siitä tyttärestä et pysykö se omilla jaloillaan.” (Isä)

”Mut tuntuu et se on koko ajan siinä läsnä. Et ei ihan normaali pysty olla. Ei pysty heittämään mitää et lähetää mäkkiä, ku tietää ettei se enää oo sellanen.” (Ystävä)

”Tää on semmonen asia, joka äitinä pysyy koko ajan -- on herkkänä siihen asiaan, kiinnittää huomiota edelleen tähän, lapsen käyttäytymiseen, lapsen syömiseen, lapsen reagoimisiin asioihin, elikkä tää tulee varmaan olemaan mulla semmonen et mulla on aistit todella koko ajan herkkänä.” (Äiti)

”Sellanen huolehtiminen jääny päälle, vaikka nyt ei oo ollu mitään murheita tai syytä huolehtia, mut kuitenkin on sitä huolta aina.” (Sisko)

Haastateltavat kuvasivat syömishäiriökriisin vaikuttaneen myös siihen, millainen heidän ajatusmaailmansa nykyään on. Joidenkin kohdalla syömishäiriökriisin myötä oma auttamishalu kasvoi ja joidenkin kohdalla se lisäsi kielteisyyttä sairautta kohtaan ja vaikutti sitä kautta omaan käyttäytymiseen.

”No varmasti vaikuttaa. Oli se kuitenkin nuorelle miehelle aika outo tilanne ja kylläpä siitä kasvoi ihmisenä, loppujen lopuksi.” (Poikaystävä)

”Et sen mä huomaan, että se on vaikuttanu muhun niin, että mä oon niin kielteinen sen asian suhteen -- mulle on tullu vaan se että mähän

syön niinku mitä haluan ja koska mä haluan. Kunhan pysyy suunnilleen tälläsenä.” (Ystävä)

”Ja on se mua ihmisenä muuttanu -- et haluais kovasti auttaa niitä kenellä se on, mut ei oikeen tiiä miten se tapahtuis ja miten sitä toteutais.” (Sisko)



## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Yksi tutkimuksemme lähtökohdista oli se, että syömishäiriöt vaikuttavat sairastuneen lisäksi hänen läheisiinsä. Koskisuus & Kulolan (2005, 14–15) mukaan kriisit vaikuttavat huomattavimmin niihin ihmisiin, jotka ovat lähimpänä sairastunutta. Tätä tukivat myös haastateltavien kokemukset. Läheisten keskuudessa oli huomattavissa eroa siinä, miten vahvasti kriisi koettiin. Perheenjäsenet kuvailivat syömishäiriön olleen kriisi, mutta ystävä puolestaan ei kokenut syömishäiriön aiheuttaneen kriisiä. Hän mainitsi, että mikäli syömishäiriö olisi ollut perheenjäsenellä, olisi se voinut aiheuttaa kriisin. Näin ollen voidaan katsoa, että perheenjäsenet ovat useimmiten lähimpänä sairastunutta.

Syömishäiriökriisin voidaan katsoa vaikuttavan läheisiin vahvasti myös siksi, että läheisten puheenvuoroista ilmeni syömishäiriön tuomien muutoksien näkyvän vielä osittain nykypäivänäkin. Etenkin huolen olemassaoloa haastateltavat toivat esiin vieläkin, vaikka sairastuneet henkilöt olivat toipuneet sairaudesta. Osa läheisistä kuvasi oman suhtautumisen muuttuneen joihinkin asioihin, esimerkiksi halu auttaa muita oli kasvanut.

### 8.1 Syömishäiriön tuomat muutokset läheisten elämään

Syömishäiriökriisin aikana läheisten sosiaaliset suhteet kokivat muutoksia. Sairastuneen kanssa välit etääntyivät ja vaikutukset ylettyivät myös muihin ihmissuhteisiin. Haastateltavien puheenvuoroista tuli useaan otteeseen esiin sairastuneen eristäytyminen omiin oloihinsa. Eristäytymisen lisäksi etääntymiseen vaikutti esimerkiksi yhteisten puheenaiheiden väheneminen ja vaikeus lähestyä sairastunutta. Nyman & Stengårdin (2001, 33–34) mukaan syömishäiriö vaikuttaa läheisten keskinäisiin suhteisiin suuresti ja yleisessä ilmapiirissä voi tapahtua huomattavia muutoksia. Vanhala & Hälvä (2012, 16–17) kuvailevat anoreksian tyypillisiksi oireiksi sosiaalisista verkostoista eristäytymisen.

Koskisuus & Kulolan (2005, 80) mukaan kriisi voi lujittaa perheen ja läheisten keskinäisiä suhteita. Myös Nyman & Stengård (2001, 39) kertovat, kuinka esimerkiksi läheisen sairastuminen voi tiivistää välejä. Etääntyminen ei jäänyt haastateltavien-

kaan mukaan pysyväksi, vaan osa läheisistä kuvaili syömishäiriökriisin vahvistaneen heidän ja sairastuneen henkilön suhdetta.

Sosiaalisten suhteiden lisäksi myös arki muuttui syömishäiriökriisin johdosta. Tähän syynä oli muun muassa se, että syömishäiriöille tyypilliset muutokset normaaliassa elämässä, kuten ruokailutilanteissa tai liikunnan harrastamisessa vaikeuttivat elämää. Syömättömyys muodostui elämän pääsisällöksi. (Vanhala & Hälvä 2012, 16–17; Viljanen 2014, 11–12; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11, 25–26.) Haastateltavat kuvasivat normaalien asioiden, kuten ruokailutilanteiden ja ajankäytön muuttuneen haasteellisemmaksi. Tähän vaikutti niin sairauteen kuuluvat muutokset, kuten ruuasta kieltäytyminen, mutta myös toipumiseen liittyvät muutokset, kuten tarkka aikataulu ruokailuissa.

Haastatteluista kävi ilmi, että huoli sairastuneesta oli aika ajoin suuri ja jatkuva. Nyman & Stengård (2001, 33) mainitsee, että huoli on syömishäiriökriisissä jatkuvasti läsnä. Huoli koskettaa usein sairastuneen terveydentilaa, tulevaisuutta sekä yleistä pärjäämistä. Läheisten kokema huoli saattaa johtua siitä, että syömishäiriöt ovat hengenvaarallisia. Keski-Rahkosen (2010) mukaan kuolleisuus on syömishäiriöiden kohdalla suurempi kuin muissa psyykkisissä sairauksissa.

Syömishäiriökriisin vaikutus työhön ja kouluun vaihteli haastateltavien keskuudessa, joidenkin kohdalla jaksaminen ja mielenkiinto vähenivät ja joidenkin kohdalla kriisillä ei ollut vaikutusta työhön tai kouluun. Tätä selittävät myös Nyman & Stengård (2001, 48-49, 63-64), jotka mainitsevat työn toisaalta toimivan voimavarana, mutta toisaalta taas liiallinen huolenpito saattaa kuluttaa työelämän resursseja. Työn ja koulun lisäksi myös vapaa-aika koki muutoksia. Vanhat, tutut ajanviettavat eivät olleet enää entisellään ja sairaus toi mukanaan uusia rajoitteita. Harrastuksiin ei ollut energiaa kuten ennen.

Sairastuminen vaikuttaa Nyman & Stengårdin (2001, 37) mukaan perheen taloustilanteeseen ja elintason laskuun, mutta haastateltavat eivät tuoneet esiin, että syömishäiriökriisi olisi vaikuttanut heidän taloudelliseen tilanteeseensa millään tavoin. Mainittavia vaikutuksia taloudelliseen tilanteeseen ei syntynyt, koska sairastunut tai hänestä huolehtiva läheinen ei joutunut jättäytymään pois työelämästä. Tämä johtui siitä, että kaikki sairastuneet olivat alaikäisiä, eivätkä näin ollen työ-

elämässä. Lisäksi tehokas hoito vähensi läheisten vastuuta hoidosta, jonka vuoksi vanhempien oli mahdollista käydä töissä.

Lefley (1989) määrittelee, että tietyt tekijät kuormittavat läheisiä kriisissä. Eräs tekijä oli esimerkiksi perheen sisäisen työn ja vastuunkantamisen muutokset, jotka eivät tulleet suoranaisesti ilmi haastateltavien puheenvuoroista. Epäsuorasti haastatteluista saattoi kuitenkin päätellä, että esimerkiksi ruokailutilanteiden järjestäminen ja jatkuva huoli lisäsivät läheisten vastuuta arjesta.

## **8.2 Jaksaminen syömishäiriökriisissä**

Syömishäiriökriisissä läheisten jaksamista koetellaan monin eri tavoin. Nyman & Stengård (2001, 48–49, 64) mainitsevat voimavaroja antaviksi tekijöiksi muun muassa sosiaaliset suhteet, työn ja opiskelun sekä harrastukset. Myös läheiset kuvaavat kantaviksi voimavaroiksi työn, musiikin, liikunnan sekä muut harrastukset. Harrastukset voivat rentouttaa sekä selventää ajatuksia, joka kriisin keskellä on tärkeää. Ilman asioiden pohtimista ja käsittelemistä tunteet voivat patoutua ja kriisin käsitteleminen voi kestää odotettua kauemmin. Ennen kaikkea läheiset kertoivat jaksamiseen vaikuttaneen tiiviit perhesuhteet ja muut ihmissuhteet. Omille läheisille puhuminen oli toiminut voimavarana. Ihmissuhteista läheiset voivat saada erilaista tukea ja jonkun, joka kuuntelee heidän huoliaan. Huolista puhuminen saattaa helpottaa hetkittäisesti kriisin keskellä olevan ihmisen oloa. Omat läheisverkostot ovat kuitenkin yksi kantava voimavara kriisin keskellä, jolloin kertominen asiasta voi helpottaa oloa.

Marshin (2000) mainitsemaa subjektiivista taakkaa esiintyi läheisten puheissa paljon. Etenkin negatiiviset tunteet ja ajatukset korostuivat. Vallitsevia tunteita olivat huoli, pelko ja suru. Lisäksi osa läheisistä koki epäonnistumisen tunnetta auttajana, koska mielestään he eivät olleet ymmärtäneet sairautta tarpeeksi ajoissa. Tästä syystä eräänlainen voimattomuuden tunne vallitsi läheisten keskuudessa. Syömishäiriökriisi oli vaikuttanut läheisten ja etenkin perheen sisällä vallitsevaan yleiseen tunnelmaan. Nyman & Stengård (2001, 33–34) erottelevat vuorovaikutuksesta ja yleisestä ilmapiiristä etenkin jännittyneisyyden, joka saattaa johtua sairastuneen henkilön tarkkailusta ja valvomisesta.

Koskisuus & Kulola (2005, 81–84) listaavat sisäisten tekijöiden lisäksi kriisissä sopeutumiseen vaikuttavan ulkoapäin tulevat tekijät. Myös osa läheisistä mainitsi ulkopäin tulleiden rasitteiden vaikuttaneen heidän jaksamiseen. Osittaista helpotusta läheisille toi diagnoosin saaminen. Diagnoosi antaa nimen tilanteelle, joka ennen aiheutti epätietoisuutta (Koskisuus & Kulola 2005, 44–45).

### 8.3 Saatavilla oleva tuki ja tieto

Läheiset kokivat yleisesti, etteivät he saaneet riittävästi tietoa ja tukea syömishäiriökriisin aikana. Kriisin aikana olisi kuitenkin oleellista saada tietoa ja tukea shokkivaiheessa, mutta myös silloin, kun tilanne alkaa realisoitua. Oikeaan aikaan saatu ja oikeanlainen tuki auttavat löytämään ratkaisuja vaikeassa tilanteessa ja helpottavat siten kriisiä. (Koskisuus 2005, 159; Poijula 2007, 29.)

Tarjotun tuen määrä vaihteli haastateltavien keskuudessa, mutta yhteistä kuitenkin oli heidän kokemuksensa tuen ja tiedon antamisen puutteellisuudesta. Koskisuus & Kulola (2005, 41) kuitenkin mainitsevat, että toiveet ja odotukset ovat sitä korkeammalla, mitä suuremmasta kriisistä on kyse. Läheiset saattoivat odottaa ammattilaisilta tehokkaampaa tukea ja enemmän tuloksia. Näiden vaatimusten taustalla saattoi olla pelko siitä, että tilanne ei tulekaan parantumaan. Toisaalta – haastateltavat kuvasivat, että olisivat kaivanneet enemmän yksilöllistä tukea, jossa olisivat saaneet ymmärrystä ja läsnäoloa sekä kuuntelijan itselleen.

Tuen saamisen kannalta perheenjäsenet kokivat hoitopalaverit hyödyllisiksi, mutta toisaalta myös ahdistaviksi. Hoitopalaverit auttoivat hahmottamaan tilannetta, mutta niissä saatu tuki ei kuitenkaan kohdannut perheenjäsenten tarpeita. Hoitopalaverit keskittyvät pääasiassa sairastuneen henkilön asioiden puimiseen, mutta myös läheisille tulisi antaa mahdollisuus kertoa omista tunteistaan ja odotuksistaan ja tätä kautta käsitellä tilannetta. (Koskisuus & Kulola 2005, 159.) Negatiiviset kokemukset palavereista saattoivat johtua hoitotahosta ja heidän lähestymistavasta asioihin. Lisäksi jokaisella ihmisellä on omat tapansa käsitellä kriisiä, joka ei välttämättä kohdannut hoitotahon kanssa.

Muut kuin perheenjäsenet eivät kokeneet olleensa osa hoitoprosessia ja sitä kautta saaneensa tukea. Sairastuneen kohdalla pitäisi kuitenkin huomioida koko se yhteisö, jossa hän on elänyt – myös seurustelukumppanit ja ystävät. Kaikkien läheisten huomioiminen on tärkeää muun muassa siksi, että toipuminen on myös läheisten prosessi ja kuluttaa heidän voimavarojaan sekä läheisten avulla tilanteesta voidaan saada kokonaisvaltaisempi kuva. (Åsted-Kurki ym. 2008, 124; Koskisuus-Kulola 49–51, 151, 159.)

Perheenjäsenille oli tarjottu vertaistukea, mutta he eivät kuitenkaan olleet kokeneet sitä tarpeelliseksi ja ottaneet vastaan. Vertaistuen tarve korostuu silloin, kun oma sosiaalinen verkosto ei ehkä kykene antamaan tarvittavaa tukea, koska heillä ei ole samankaltaisia kokemuksia eikä ymmärrystä. (Koskisuus & Kulola 2005, 203–204; Yhdessä suru on helpompi kantaa, 22.) Etenkin perheenjäsenet kuvailivat omaa perheettään tiiviiksi ja saaneensa sieltä tarvitsemansa tuen.

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyömme aiheena oli syömishäiriötä sairastavien läheisten kokemukset syömishäiriökriisin keskellä. Halusimme selvittää millaisia muutoksia syömishäiriö toi läheisten elämään, mikä auttoi jaksamaan kriisin keskellä ja oliko tukea ja tietoa riittävästi tarjolla. Mielestämme onnistuimme tutkimukssessamme vastaamaan tutkimuskysymyksiimme. Halusimme keskittyä opinnäytetyössämme nimenomaan läheisten näkökulmaan ja tästä syystä jätimme syömishäiriöiden käsittelyn vähemmälle. Tutkimustuloksista ilmeni, että läheiset kokivat muutoksia niin sosiaalisissa suhteissa kuin arjessakin, ystävät ja muu läheisverkosto antoivat eniten voimavaroja sekä tuki, neuvonta ja ohjaus eivät olleet riittäviä.

Tutkimustulokset olivat enimmäkseen yhtenäisiä teoriaosuutemme kanssa. Teoriassa kuitenkin korostui tuen, neuvonnan ja ohjauksen tärkeys, mutta tämä jäi haastateltavien mielestä riittämättömäksi. Tämä oli mielestämme yllättävää ja vahvisti ajatusta siitä, että läheisiä ei huomioida riittävästi syömishäiriökriisissä. Syömishäiriö voi kuitenkin johtaa vakavaan ja suureen kriisiin, joten pelkkä mielikuva tuen, ohjauksen ja neuvonnan puutteesta on huolestuttava. Kriisin shokkivaiheessa tarjottu apu ei välttämättä jää mieleen, joten tärkeää olisi tarjota apua myös myöhemmässä vaiheessa. Läheisten huomiointia varten olisi mielestämme hyvä tehdä vaikka opas, jonka pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voisivat paremmin huomioida läheiset.

Mielestämme tutkimuksemme etuna oli se, että haastateltavia löytyi eri läheisrooleista. Läheisistä tutkimukseemme osallistui äiti, isä, sisko, poikaystävä ja ystävä ja saimmekin näin useita näkökulmia tuotua esiin. Jälkikäteen pohdittuna, haastateltavia olisi voinut olla enemmän jokaisesta läheisryhmästä. Tutkimuksemme kannalta hyödyllisempää oli saada haastateltavia eri läheisryhmistä kuin runsaasti haastateltavia, sillä halusimme painottaa työssämme kaikkien läheisten kokemusta, ei pelkästään perheen näkökulmaa. Läheisten kohdalla oli eroa siinä, miten he puhuivat kriisistä. Mitä enemmän aikaa oli kulunut, sitä etäämmältä tilannetta pystyi katsomaan. Mielenkiintoista olisi ollut tehdä tutkimusta myös siitä, miten paljon

läheisten kokemukset poikkeavat toisistaan paikkakunnittain. Läheisten kokemuksissa näkyi eroa siinä, missä päin Suomea hoitoa oli annettu.

Syömishäiriöiden kohdalla huomasimme hoitoprosessin keskittyvän hyvin vahvasti terveyspuolelle. Kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen olento. Hoidossa pyrittiin huomioimaan fyysinen ja psyykkinen puoli, mutta sosiaaliseen puoleen ei juurikaan kiinnitetty huomioita. Mielestämme syömishäiriöiden kohdalla sosiaalisen tuen määrää tulisi huomattavasti lisätä kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemiseksi. Sosiaalinen tuki tulisi myös huomioida siksi, että kriisin vaikutukset etenkin läheisten kohdalla painottuvat sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalialan kokonaisvaltaista osaamista tulisikin hyödyntää syömishäiriöiden ja niiden aiheuttaman kriisin hoidossa.

Oman ammatillisuuden kannalta pidimme opinnäytetyömme tuloksia hyödyllisinä. Tulevina sosionomeina (AMK) työnkuvaamme kuuluu esimerkiksi tuen, neuvojen ja ohjauksen antaminen. Sosionomi (AMK) voisi esimerkiksi kuulua syömishäiriöperheiden kanssa työskentelevään moniammatilliseen työryhmään, jonka tavoitteena on huomioida läheisten tuntemuksia ja antaa heille tukea kriisin keskellä. Näiden tutkimustulosten myötä omat toimintatapamme voivat olla ”läheisystävällisempiä” huomiomme kiinnittyessä myös läheisiin.

Opinnäytetyöprosessimme oli vaihteleva ja opettavainen. Aluksi prosessi tuntui hyvin haastavalta, kun haastateltavia ei tahtonut löytyä. Haastateltavia alkoi kuitenkin löytyä sen jälkeen kun aloimme itse hakea heitä sosiaalisen median kautta ja noin viikossa saimme haastateltavat kasaan. Teoriatietoa löytyi runsaasti etenkin syömishäiriöistä, mutta läheisten roolista tietoa oli vähemmän saatavilla. Läheisten kokemuksista löytyi lähinnä tarinoita, jonka vuoksi ryhdyimme etsimään teoriatietoa mielenterveyskuntoutujien läheisistä. Oikeanlaisen tiedon kerääminen vei siis oman aikansa, mutta mielestämme onnistuimme kokoamaan olennaisimmat asiat työhömmme. Haastateltavien puheenvuoroista löytyi runsaasti hyviä kommentteja ja tutkimustuloksia kirjatessamme tuotti välillä vaikeuksia valita, mitkä lainauksista otamme työhömmme.

Haastetta toi myös aikataulujen yhteensovittaminen niin työparityöskentelyssä kuin haastateltavien kanssa. Tämän vuoksi loppuajasta jaoimmekin työtehtäviä, jotta ehtisimme saada ajoissa valmista. Työparityöskentelyssä vahvuutena oli keskustelu, jonka kautta pystyimme heijastamaan omia ajatuksiamme ja pääsemään eteenpäin silloin, kun tekstiä ei meinannut syntyä. Etenkin tuloksia kirjoittaessa oli hyvä, että toimimme työparina. Näin saimme koottua kummankin havainnot ja siten laajemman kokonaiskuvan. Toisaalta eri näkökulmat toivat myös haastetta työskentelyyn niin kirjoitusasun kuin sisällönkin osalta.



## LÄHTEET

- Anttila, P. 1998a. Laadullisen tutkimuksen reliabiliteetti. [Verkkosivusto]. Metodix. [Viitattu: 3.4.2015]. Saatavana: [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/10\\_tutkimuksen\\_luotettavuus/10\\_2\\_1laadullisen\\_tutkimuksen\\_reliabiliteetti](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_2_1laadullisen_tutkimuksen_reliabiliteetti)
- Anttila, P. 1998b. Laadullisen tutkimuksen validiteetti. [Verkkosivusto]. Metodix. [Viitattu: 3.4.2015]. Saatavana: [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/10\\_tutkimuksen\\_luotettavuus/10\\_2\\_2laadullisen\\_tutkimuksen\\_validiteetti](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_2_2laadullisen_tutkimuksen_validiteetti)
- Buckroyd, J. 1997. Anoreksia & bulimia. Juva: WSOY-Kirjapainoyksikkö
- Claude-Pierre, P. 2000. Syömishäiriöiden salainen kieli, miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa. Suomentanut Mirja Rutanen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Day, L. 2006. Eläköön kriisi! Voimaa ja rohkeutta vaikeista ajoista. Helsinki: Basam Books.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyypä, A. 2003. Yhteiskunta lautasella – ruoka, nykykulttuuri ja syömishäiriöt. [Verkkojulkaisu]. Turun yliopisto. [Viitattu 14.4.2015]. Saatavana: [http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/opiskelu/muut\\_opinnot/askleprios/Documents/Askleprios\\_lopputyö\\_Hyypä.pdf](http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/opiskelu/muut_opinnot/askleprios/Documents/Askleprios_lopputyö_Hyypä.pdf)
- Isomaa, R. 13.01.2013. Syömishäiriöiden yleisyys ja painon hahmottaminen syömishäiriön taustatekijänä. [Verkkojulkaisu] Syömishäiriökeskus [Viitattu: 6.3.2015]. Saatavana: [www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Syomishairiopaivat2013-esitykset/Shn-yleisyys-Rasmus-Isomaa.pdf](http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Syomishairiopaivat2013-esitykset/Shn-yleisyys-Rasmus-Isomaa.pdf).
- Julkari. 2011. Tautiluokitus ICD-10. [Verkkojulkaisu] STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto: THL [Viitattu 15.2.2015] Saatavana: <http://www.julkari.fi/handle/10024/80324>.
- Kauolio, P. & Svennevig, H. 2006. Sisaruus: Rakkautta, vihaa, kateutta. 2. painos. Hämeenlinna: Minerva Kustannus
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt: Läheiselläni on syömishäiriö. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

- Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? [Verkkolehtiartikkeli] Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [Viitattu: 6.3.2015]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99078.pdf>
- Koskisuu, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuh-  
teessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima.
- Käypä hoito. 11.12.2014. Syömishäiriöt. [Verkkosivusto] Suomalainen Lääkäriseu-  
ra Duodecim [Viitattu: 6.3.2015]. Saatavana:  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50101>.
- Laadullisen tutkimuksen analyysitapoja. [WWW-dokumentti]. [Viitattu: 13.4.2015.]  
Saatavana:  
<http://hui01.bh.spt.fi/vk/sotepo/tmrt.nsf/htmlview/2920C7112C216ED5C2257114003CDB89>
- Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. [Verkkosivu]. [Viitattu 14.4.2015.] Saa-  
tavana:  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- Lefley, H. 1989. Family burden and family stigma in major mental illness. [Verkko-  
julkaisu] American psychologist 44 (3) [Viitattu 16.2.2015]. Saatavana:  
<http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/Family-Burden-and-Family-Stigma-in-Major-Mental-Illness.pdf>.
- Lönnqvist, J. 1999. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T.: Psykiatria. Jyväskylä: Duodecim.
- Marsh, D. 2000. The family experience of psychiatric disability. Teoksessa: Spaniol, L., Zipple, A., Marsh, D. & Finlay, L: The role of the family psychiatric rehabilitation. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College for Health and Rehabilitation Sciences.
- Nyman, M. & Stengård E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Saarijärvi: Gummerus. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä: Kriisistä elämään. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.
- Poijula, S. 2007. Lapsi ja kriisi. Selviytymisen tukeminen. Helsinki: Kirjapaja.

- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [Verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Viitattu 13.4.2015]. Saatavana: [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html)
- Silius, K. 2008. Teemoittelu ja tyypittely. [Verkkajulkaisu]. Tampereen teknillinen yliopisto. [Viitattu: 13.4.2015]. Saatavana: [http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius\\_teemoittelu-tyypittely\\_141108.pdf](http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius_teemoittelu-tyypittely_141108.pdf)
- Stengård, E. 2005. Journey of hope and despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with severe mental disorder. Väitöstutkimus, Acta Universitatis Tamperensis 1066, Tampere.
- Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2005. Kun lapsella on syömishäiriö: Opas anoreksia nervosaa ja bulimia nervosaa sairastavan lapsen vanhemmille. 2. uudistettu painos. Turku: Gilliot Oy
- Terve Media Oy. 2010. Anoreksia nervosa. [Verkkosivu]. Terve.fi [Viitattu 8.3.2015]. Saatavana: <http://www.terve.fi/anoreksia-nervosa/anoreksia-nervosa>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Verkkosivusto]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 4.4.2015]. Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Valkendorff, T. 2014. Ruoan ja ruumiin rajat: Syömishäiriöt ja syömisen ongelmat internetkeskusteluissa. Helsingin yliopisto: Sosiaalitieteiden laitos. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2014:12.
- Vanhala, E. & Hälvä, S. 2012. Syö tai itke ja syö: kokemus syömishäiriöistä. Lietua: Balto Print.
- Viljanen, T. 2014. Syömishäiriöt: mistä on kyse?. Syömishäiriöliitto – SYLI ry. Oulu: Erweko.
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.
- Yhdessä suru on helpompi kantaa: opas lasten ja nuorten sururyhmien ohjaajalle 2004. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto.
- Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. 1. painos. Helsinki: WSOY.

## **LIITTEET**

Liite 1. Haastattelurunko

Liite 2. Saatekirje Syömishäiriöliitto–SYLI ry:lle

Liite 3. Saatekirje FinFami ry:lle

**LIITE 1 Haastattelurunko****TAUSTATIETOJA**

Millainen suhde sinulla on/oli sairastuneeseen sairastumisen aikaan?

Mihin syömishäiriöön läheisesi sairastui?

Minkä ikäisenä läheisesi sairastui?

Kauanko läheisesi sairastumisesta on kulunut aikaa?

**HAASTATTELURUNKO**

Millaista tietoa sait syömishäiriökriisin alkuvaiheessa?

Muuttuiko suhteesi sairastuneeseen? Miten? Entä sairauden jälkeen?

Miten diagnoosin saaminen vaikutti tilanteeseen vai vaikuttiko? (esim. helpotus)

Mitkä olivat päällimmäiset ajatukset ja tuntemukset, kun kuulit sairaudesta?

Miten läheisen sairastuminen vaikutti omaan elämääsi? (arki, suhteet, työ/koulu, talous)

Minkä asioiden koet vaikuttaneen omaan jaksamiseesi?

Millaista neuvontaa, ohjausta tai tukea sait läheisesi syömishäiriöön liittyen vai saitko?

Olisitko halunnut enemmän tukea, millaista?

Vaikuttaako syömishäiriökriisin kokeminen vielä nykypäivänä?

**LIITE 2 Saatekirje Syömishäiriöliitto–SYLI ry:lle**

Saatekirje

Seinäjoki 11.11.2014

**HYVÄ SYÖMISHÄIRIÖISEN LÄHEINEN**

Olemme kaksi sosionomi (AMK) opiskelijaa Seinäjoen ammattikorkeakoulusta, sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Syömishäiriöisen läheinen kriisin keskellä”. Tarkoituksenamme on tutkia, miten kriisi on vaikuttanut läheisten elämään, millaista tukea on ollut tarjolla kriisin keskellä ja miten eri palvelut ovat tukeneet arjessa selviämistä.

Pyrimme tuomaan opinnäytetyössämme haastattelujen avulla läheisten näkökulmaa esiin kokemusten kautta. Haastattelut käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja tulosten raportoinnissa ei käytetä tietoja, joista yksittäisiä haastateltavia voitaisiin tunnistaa. Etsimme haastateltavia henkilöitä Syömishäiriöliitto–SYLI ry:n kanssa yhteistyössä.

Haastattelut voidaan toteuttaa haastateltavalle mieluisimmalla tavalla, joko puhelimitse, videokeskustelulla tai tapaamisen yhteydessä. Haastatteluissa käytämme haastattelurunkoa, mutta haastateltava itse voi määritellä vastausten laajuuden ja yksityiskohtaisuuden sekä tuoda esiin tärkeitä kokemiaan asioita.

Toteutamme haastattelut alkukevään 2015 aikana.

Mikäli olet halukas osallistumaan haastatteluun, otathan meihin yhteyttä!

Ystävällisin terveisin,

Jaana Porkholm  
[jaana.porkholm@seamk.fi](mailto:jaana.porkholm@seamk.fi)  
050 XXXX XXX

Riina Lahdensuo  
[riina.lahdensuo@seamk.fi](mailto:riina.lahdensuo@seamk.fi)  
045 XXXX XXX

**Liite 3 Saatekirje FinFami ry:lle**

Saatekirje

Seinäjoki 11.11.2014

## **HYVÄ SYÖMISHÄIRIÖISEN LÄHEINEN**

Olemme kaksi sosionomi (AMK) opiskelijaa Seinäjoen ammattikorkeakoulusta, sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Syömishäiriöisen läheinen kriisin keskellä”. Tarkoituksenamme on tutkia, miten kriisi on vaikuttanut läheisten elämään, millaista tukea on ollut tarjolla kriisin keskellä ja miten eri palvelut ovat tukeneet arjessa selviämistä.

Pyrimme tuomaan opinnäytetyössämme haastattelujen avulla läheisten näkökulmaa esiin kokemusten kautta. Haastattelut käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja tulosten raportoinnissa ei käytetä tietoja, joista yksittäisiä haastateltavia voitaisiin tunnistaa. Etsimme haastateltavia henkilöitä FinFami ry:n kanssa yhteistyössä.

Haastattelut voidaan toteuttaa haastateltavalle mieluisimmalla tavalla, joko puhe-  
limitse, videokeskustelulla tai tapaamisen yhteydessä. Haastatteluissa käytämme haastattelurunkoa, mutta haastateltava itse voi määritellä vastausten laajuuden ja yksityiskohtaisuuden sekä tuoda esiin tärkeiksi kokemiaan asioita.

Toteutamme haastattelut alkukevään 2015 aikana.

Mikäli olet halukas osallistumaan haastatteluun, otathan meihin yhteyttä!

Ystävällisin terveisin,

Jaana Porkholm  
[jaana.porkholm@seamk.fi](mailto:jaana.porkholm@seamk.fi)  
050 XXXX XXX

Riina Lahdensuo  
[riina.lahdensuo@seamk.fi](mailto:riina.lahdensuo@seamk.fi)  
045 XXXX XXX